

FACULTE de MEDECINE de CAEN

Année 1975

N° 261

THESE

pour le

DOCTORAT en MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

LA MULTIPARE MALGACHE

DEVANT LA PARENTE PLANIFIEE.

par

M. Désiré Lalao RAZAFINTSALAMA

Né le 23 Juin 1940 à Frandriana MADAGASCAR

Présentée et Soutenue Publiquement le **17 DEC. 1975**

Président: Monsieur le Professeur, G. LEVY

S.P.E.P.S.C.

FACULTE de MEDECINE de CAEN

Année 1975

N^o

THESE
pour le
DOCTORAT en MEDECINE
(Diplôme d'Etat)

LA MULTIPARE MALGACHE
DEVANT LA PARENTE PLANIFIEE.

par

M. Désiré Lalao RAZAFINTSALAMA

Né le 23 Juin 1940 à Frandriana MADAGASCAR

Présentée et Soutenue Publiquement le

Président: Monsieur le Professeur, G. LEVY

S.P.E.P.S.C.

FACULTY OF MEDICINE IN GENE

IV

Année 1922

THÈSE

DOCTORAT - MÉDECINE





Reproduction du sceau original de la Faculté de Médecine de CAEN fondée en 1438

Université de CAEN

FACULTE DE MEDECINE

PROFESSEURS

MM. EVRARD	Clinique Chirurgicale A
FABRE	Physiologie
FERNANDEZ	Physique Médicale
FOUCAULT	Pathologie Expérimentale
GUIHARD	Pédiatrie
LACROIX	Clinique et Pathologie Chirurgicale B
LEMENAGER	Clinique Médicale A
LEVY	Clinique Obstétricale
LHIRONDEL Jean	Clinique Médicale Infantile
MOREL Claude	Bactériologie, Virologie
MORIN	Séméiologie Médicale
OLIVIER	Clinique Médicale B
PHELINE	Anatomie
POULAIN	Médecine Opératoire
ROUSSELOT	Anatomie Pathologique
SAVINI	Pharmacologie
VALLA	Médecine Générale et Thérapeutique
VILLEY	Clinique Médicale C

PROFESSEURS SANS CHAIRE

MM. DROSDOWSKY	Biochimie Médicale
IZARD	Histologie et Embryologie
POILPRE	Psychiatrie
THERET	Histologie et Embryologie
VENEZIA	Pédiatrie - Génétique

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

MM. ADAM	Neuro-Chirurgie
AUBRIOT	Orthopédie, Traumatologie
BAZIN	Thérapeutique, Réanimation Médicale
BEUVE-MERY	Médecine Interne
BEZARD	Chirurgie Générale
DAVERNE	Electro-Radiologie
Mlle DENIZET	Radiologie
MM. DESCHAMPS	Dermatologie
GAUBERTI	Médecine Préventive et Santé Publique, Hygiène
GIGNOUX	Chirurgie Générale
HOUTTEVILLE	Neurochirurgie
Mme LECACHEUX	Maladies Infectieuses
MM. LECHEVALIER	Neurologie
LECOQ	Ophtalmologie
LEYMARIE	Biochimie Médicale
LOYAU	Rhumatologie
MANDARD	Anatomie Pathologique
MOREL Pierre	Psychiatrie d'Adultes
MOULIN	Pharmacologie
MULLER	Gynécologie, Obstétrique
POTIER J.C.	Médecine Expérimentale
POTTIER M.	Physiologie
QUESNEL	Anesthésiologie
THOMAS	Immunologie, Hématologie
VERWAERDE	Thérapeutique
ABBATUCCI	Radiologie (Maître de Conférences Associé)

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550809_0036

HO AN' I LIVA

TIANA

LALAINA

HANITRA

HIANAREO NO ANTON'NY FIKIRIZAKO SY NY FIARETAKO

ATOLOTRO HO ANAREO ITY HO MARIKY NY FITIAVAKO

HO AN' I PAPA

Nitoto nahafotsy

Nahandro nahamasaka

Angady nananana

Vy nahitana

HO POROFON'NY FITIAVAKO SY NY FANKASITRAHAHO

HO AN' I MAMA

Nitondra folo volana an-kido

Niankin-drindrina irery

Nisotro ny rano tsy tiana

HO VAVOLOMBELON'NY FITIAVAKO

HO AN'NY RAFOZAKO MIVADY

RAISO ITY HO MARIKY NY FITIAVAKO SY NY FANAJAKO

HO AN' IREO MPIRAY TAMPO AMIKO

HO FANEHOAKO NY FITIAVAKO AZY IREO

HO AN'NY HAVANA REHETRA.

A NOTRE MAITRE et PRESIDENT DE THESE,

MONSIEUR LE PROFESSEUR G. LEVY,

qui nous a fait l'honneur d'accepter
la Présidence de cette Thèse,

qu'il veuille trouver ici la grande
estime que nous avons pour lui
et l'expression de notre profonde
gratitude.

A NOTRE JURY DE THESE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR C. DUVAL,
Chef du Service de Gynécologie-Obstétrique
Hôtel-Dieu - Rouen

MONSIEUR LE DOCTEUR MULLER,
Professeur Agrégé - C.H.U. - Caen

MONSIEUR LE DOCTEUR VERWAERDE,
Professeur Agrégé - C.H.U. - Caen

Vous avez accepté avec spontanéité
et bienveillance de siéger à notre
Jury de Thèse,
Soyez assurés de nos vifs remerciements
et de notre sincère reconnaissance.

A TOUS NOS MAITRES DE L'ECOLE DE MEDECINE DE TANANARIVE,

A TOUS NOS MAITRES DES FACULTES MIXTES DE MEDECINE
ET DE PHARMACIE, d'ANGERS et de CAEN,

A TOUS CEUX QUI ONT OEUVRE A NOTRE EDUCATION,

Veillez trouver dans ce travail
l'expression de notre plus vive
reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR Edmond RENARD, et MADAME

A MADAME Maurice THOMASSON,

Veillez trouver ici, l'expression
de ma profonde sympathie et de ma
sincère gratitude.

- INTRODUCTION -

Depuis que PASTEUR, en 1865, étudie la maladie du ver à soie, puis, par la suite, découvre la pasteurisation, la nature microbienne du charbon, le vibrion septique, le staphylocoque, les vaccins contre le charbon et la rage, la Médecine n'a cessé de faire des progrès énormes. Des noms illustres jalonnent son histoire, dont celui d'Alexander FLEMING marque une étape importante. Nombre de maladies se raréfient, ou du moins, ne connaissent plus leur gravité du temps jadis.

L'espérance de vie à la naissance augmente d'année en année : pour ne citer que l'exemple de la France où l'espérance de vie, de 48 ans environ au cours du siècle dernier, se situe à 75 ans depuis 1964.

Le nombre de la population mondiale croît considérablement :

- au début de notre ère jusqu'en 1950 (16 siècles) il a passé de 300 à 500 millions.
- de 1650 à 1850 (2 siècles), 500 autres millions se sont ajoutés aux précédents.
- puis il a mis un seul siècle (1850 - 1930) pour doubler et atteindre 2 milliards.
- enfin, il lui a fallu moins d'un siècle pour doubler à nouveau et passer à près de 4 milliards d'individus en 1975.
- le nombre des enfants à naître en l'an 2050 sera supérieur à la population du globe durant les 15 premiers siècles de notre ère si le taux de croissance actuel se maintient.

Cette explosion démographique s'est essentiellement opérée au sein des pays sous-développés. Le démarrage s'est produit il y a 30 ans, au lendemain de la seconde guerre mondiale, pour monter en flèche à partir de 1960.

Pour Madagascar elle est très récente, puisqu'elle n'a fait son apparition qu'en 1950, soit à peine 25 ans.

Dans le passé, on ne pensait guère à la limite des ressources de notre planète. Puis, d'un coup, c'est le revirement. Les réserves de la terre ne sont plus considérées comme intarissables. Les terres cultivables se sont montrées insuffisantes. Les richesses alimentaires de la mer s'avèrent chaque jour menacées et déficientes. L'expansion démographique a hâté ces affirmations. La situation alimentaire est devenue un problème préoccupant. La condition des pauvres déjà sous-alimentés devient désespérée. La famine a pris la place des grandes épidémies pour devenir le premier fléau mondial.

A Madagascar, si la famine ne frappe pas encore à la porte, la malnutrition est "vieille comme le monde" et a fait couler beaucoup d'encre.

Or, si l'on admet que le sous-développement relève dans une certaine mesure de la situation démographique, il est opportun de ne plus retarder l'intégration du facteur démographique dans le plan de développement économique et social, ne serait-ce que pour relever d'un cran le niveau de vie du peuple.

Pour ce faire, la Médecine a acquis depuis longtemps les moyens appropriés, en l'occurrence LA PARENTE PLANIFIEE. Celle-ci nous semble d'un réel secours, d'un inestimable soulagement chez la grande multipare malgache (à qui s'adresse notre travail) meurtrie par les grossesses nombreuses, successives, rapprochées et harcelée par les soucis quotidiens de la vie matérielle.

En effet, ne pourrait-on pas suggérer une planification à CINQ des enfants de ces "destinées à procréer" ? La réponse à cette question est fort malaisée et ardue, mais d'ores et déjà notre étude essaiera d'exposer notre opinion qui appelle réflexion, concertation, discussion.

Après avoir rappelé les étapes successives de la législation malgache relative à la limitation des naissances, nous aborderons :

- 1) Les indications de la parenté planifiée,
 - les indications liées à la multiparité, c'est-à-dire les altérations de la santé foeto-maternelle dues aux grossesses nombreuses,

- les indications liées à l'explosion démographique,
 - les indications socio-économiques,
 - les autres indications.
- 2) Les méthodes à disposition comporteront :
- l'analyse des différentes méthodes,
 - l'évaluation de ces méthodes,
 - le choix de la méthode,
 - son application.
- 3) Les réticences.

Nous concluerons en insistant une fois de plus sur la difficulté de la prise de position devant un tel dilemme.

- oOo -

- LEGISLATION -

Notre recherche dans la législation malgache de textes régissant la régulation des naissances ne nous a permis de récolter que des lois sur la répression de l'avortement.

A notre connaissance donc il n'existe pas actuellement de textes relatifs à la parenté planifiée.

Nous espérons, par notre étude, contribuer à combler cette lacune, en aidant éventuellement à l'élaboration de lois s'y rapportant.

Nous reproduisons ci-dessous les lois existantes tirées du Journal Officiel, avec leur évolution successive.

REPUBLIQUE MALGACHE

Texte sur la répression de l'avortement

Avant l'annexion de Madagascar à la France

29 Mars 1881 - Code des 305 articles

(Suivant la traduction de M. l'Administrateur JULIEN)

.....

Des avortements volontaires :

Article 64

Délit. Avortement. Si une femme enceinte se fait avorter, elle sera mise en prison pendant deux ans.

Article 65

Délit. Avortement par autrui. Si une personne est payée par une autre pour faire un avortement, alors qu'il ne serait pas rendu nécessaire pour sauver l'existence de la mère, elle sera mise en prison pendant deux ans.

Article 66

Délit. Violences ayant provoqué l'avortement. Si une personne, en frappant ou maltraitant une femme enceinte, provoque son avortement, elle sera mise en prison pendant un an. Si l'avortement coïncide avec le moment où la femme ressent les premières douleurs de l'enfantement, le coupable sera mis en prison pendant deux ans.

.....

Après l'annexion de Madagascar à la France

Décret du 9 Mai 1909 portant réorganisation de la justice indigène à Madagascar. Promulgué par arrêté du 8 Septembre 1909 -
J.O. 11-9-1909, p. 631

Art. 1er. La justice en matière indigène est rendue à Madagascar par des tribunaux indigènes du 1er et du 2ème degré, la Cours d'Appel et une Chambre d'Homologation.

.....

Art. 116. Les tribunaux indigènes appliquent en matière répressive :
1° - les lois et coutumes indigènes en tout ce qu'elles n'ont pas de contraire aux principes de la civilisation française ;
2° - la loi française en tout ce qui n'est pas prévu par la loi malgache et dans les cas où celle-ci serait contraire aux principes de la civilisation française.

.....

27 Mars 1923. - Loi modifiant les dispositions de l'article 317 du Code Pénal sur l'avortement.
(rendue applicable par Décret du 18 Juin 1927 - J.O. 10-9-1927, p. 883).

Article Unique. Les trois premiers paragraphes de l'article 317 du Code Pénal sont modifiés ainsi qu'il suit :

.....

29 Juillet 1930. CIRCULAIRE du Procureur Général relative à l'application de la loi du 27 Mars 1923 sur l'avortement.

à Messieurs les Procureurs de la République, Officiers du Ministère Public, Juges d'Instruction, Juges de Paix à compétence étendue, Juges de Paix résidentiels, Président des Tribunaux Indigènes des 1er et 2ème degré et Présidents des Tribunaux Représsifs de Madagascar et Dépendances. -

J'ai l'honneur de vous rappeler que la loi du 27 Mars 1923 modifiant les dispositions de l'article 317 du Code Pénal relative à l'avortement, rendue applicable aux colonies par décret du 18 Juin 1927, a été promulguée à Madagascar et dans ses dépendances par arrêté du 31 Août 1927 (J.O.M. 1927, p. 883).

Vous trouverez le texte de cette loi au Journal Officiel de la Colonie du 26 Mai 1923, où elle a été publiée in-extenso, quoique prématurément.

En vue de faciliter la répression des pratiques abortives, cette loi fait de l'avortement un délit et, en conséquence, attribue compétence, en cette matière, à la juridiction correctionnelle.

Vous voudrez bien veiller, personnellement à ce que les dispositions nouvelles soient appliquées avec toute la rigueur que comporte la gravité de l'infraction.

R A P P O R T

La loi du 31 Juillet 1920 réprimant la provocation à l'avortement et la propagande anticonceptionnelle a stipulé, en son article 7, que des dispositions seraient applicables aux colonies, dans les conditions qui seraient déterminées par des règlements d'administration publique.

Cette extension avait été différée en raison du peu d'intérêt que présentait alors un tel texte, dans la plupart de nos possessions d'outre-mer. Mais, en raison de l'accroissement de la population des villes et de l'évolution des mœurs, nous avons estimé que le moment était venu d'étendre ladite loi à l'ensemble des territoires administrés par le Ministère des Colonies, sans qu'il y ait lieu de prévoir des modalités spéciales d'application.

30 Mai 1933

DECRET portant application aux colonies de la loi du 31 Juillet 1920 réprimant la propagande anticonceptionnelle et la provocation à l'avortement.

(promulguée par arrêté du 18 Juillet 1933 - J.O. du 22 Juillet 1933, p. 655).

Art. 1er. Dans les colonies, pays de protectorat et territoires sous mandat du Togo et du Cameroun, sera puni d'un emprisonnement de six mois à trois ans et d'une amende de 100 francs à 3.000 francs quiconque :

- soit par des discours proférés dans des lieux ou réunions publiques;
- soit par la vente, la mise en vente ou l'offre même non publique ou par l'exposition, l'affichage ou la distribution ou par la

distribution à domicile, la remise sous bande ou sous enveloppe fermée ou non fermée, à la poste ou à tout agent de distribution ou du transport, de livres, d'écrits, d'imprimés, d'annonces, d'affiches, dessins, images et emblèmes ;
- soit par la publicité de cabinets médicaux ou soi-disant médicaux,
aura provoqué au crime d'avortement, alors même que cette provocation n'aura pas été suivie d'effet.

Art. 2. Sera puni des mêmes peines quiconque aura vendu, mis en vente ou fait vendre, distribué ou fait distribuer, de quelque manière que ce soit, des remèdes, substances, instruments ou objets quelconques, sachant qu'ils étaient destinés à commettre le crime d'avortement, lors même que cet avortement n'aurait été ni consommé, ni tenté, et alors même que ces remèdes, substances instruments ou objets quelconques proposés comme moyens d'avortement efficaces seraient en réalité inaptes à les réaliser.

Art. 3. Sera puni d'un mois à six mois de prison et d'une amende de 100 francs à 5.000 francs quiconque, dans un but de propagande anticonceptionnelle, aura, par un des moyens spécifiés aux articles 1er et 2 du présent décret, décrit ou divulgué ou offert de révéler des procédés propres à prévenir la grossesse, ou encore facilité l'usage de ces procédés.

Les mêmes peines seront applicables à quiconque se sera livré à une propagande anticonceptionnelle ou contre la natalité soit par des discours, cris ou menaces proférés dans des lieux ou réunions publics, soit par des écrits, des imprimés vendus ou distribués, mis en vente ou exposés dans des lieux ou réunions publics, soit par des placards ou affiches exposés aux regards du public.

Art. 4. Seront punies des mêmes peines, la vente, la mise en vente ou l'offre publique de remèdes secrets lorsque les remèdes secrets sont désignés par les étiquettes, les annonces ou tout autre moyen comme jouissant de vertus spécifiques préventives de la grossesse, alors même que l'indication de ces vertus ne serait que mensongère.

Art. 5. Lorsque l'avortement aura été consommé à la suite des manoeuvres ou des pratiques prévues à l'article 2 du présent décret, les dispositions de l'article 317 du Code Pénal seront appliquées aux auteurs des dites manoeuvres ou pratiques.

Art. 6. L'Article 463 du Code Pénal est applicable aux délits ci-dessus spécifiés.

N.B. L'Article 463 du Code Pénal a trait aux circonstances atténuantes.

A partir de l'Indépendance de Madagascar.

Le Code Pénal en vigueur en France au 22 Octobre 1958 est applicable à Madagascar jusqu'au 29 Octobre 1960.

A partir du 29-10-60 (date d'insertion au Journal Officiel de la République Malgache) le code pénal français a été modifié et complété par une loi n° 60.161 du 3 Octobre 1960 -
J.O.R.M. du 29-10-60, page 2281.

D'après cette modification, l'article du Code Pénal réprimant l'avortement est ainsi conçu :

Art. 317. 1er Alinéa. - Quiconque, par aliments, breuvages, médicaments, manoeuvres, violences ou par tout autre moyen, aura procuré ou tenté de procurer l'avortement d'une femme enceinte ou supposée enceinte, qu'elle y ait consenti ou non, sera puni d'un emprisonnement d'un an à cinq ans et d'une amende de 90.000 francs à 1.800.000 francs.

2ème Alinéa. - L'emprisonnement sera de cinq ans à dix ans et l'amende de 900.000 francs à 3.600.000 francs s'il est établi que le coupable s'est livré habituellement aux actes visés au paragraphe précédent.

3ème Alinéa. - Sera punie d'un emprisonnement de six mois à deux ans et d'une amende de 18.000 francs à 360.000 francs la femme qui se sera procuré l'avortement à elle-même ou aura tenté de se le procurer, ou qui aura consenti à faire usage des moyens à elle indiqués ou administrés à cet effet.

4ème Alinéa. - Les médecins, sages-femmes, chirurgiens-dentistes, pharmaciens, ainsi que les étudiants en médecine, les étudiants ou employés en pharmacie, herboristes, bandagistes, marchands d'instruments en chirurgie, infirmiers, infirmières, masseurs, masseuses qui auront indiqué, favorisé ou pratiqué les moyens de procurer l'avortement seront condamnés aux peines prévues aux paragraphes premier et second du présent article, la suspension pendant cinq ans au moins, l'incapacité absolue de l'exercice de leur profession seront, en outre, prononcées contre les coupables.

5ème Alinéa. - Quiconque contrevient à l'interdiction d'exercer sa profession prononcée en vertu du paragraphe précédent sera puni d'un emprisonnement de six mois au moins et de deux ans au plus et d'une amende de 180.000 francs au moins et de 1.800.000 francs au plus ou de l'une de ces deux peines seulement.

Dans les cas prévus aux alinéas 1er, 2ème, 4ème et 5ème du présent article, le coupable pourra en outre être interdit de séjour.

INDICATIONS

- DEBOIRES de la MULTIPARITE -

A Madagascar, il vous suffit d'aller à un marché, à une fête et d'observer, pour remarquer une famille avec quatre, cinq enfants traîner derrière la mère ou les parents. Ce ne sont que la moitié de l'effectif : d'autres, plus âgés, sont ailleurs : à la maison, au champ, à la rizière, dans un pré gardant le troupeau.

Il vous suffit de feuilleter le registre d'admissions de la maternité pour lire :

- Mme X : 30 ans, VII^è geste - VII^è pare ; antécédent : insertion vicieuse de l'oeuf.
- Mme Y : 35 ans, X^è geste - X^è pare ; hémorragie de la délivrance après le dernier accouchement.
- Mme Z : 40 ans, XII^è geste - XI^è pare ; une mort in utéro.

Les exemples de multiparité avec ses répercussions néfastes chez la mère, les enfants, la famille entière, ne manquent pas :

Cas 1 - Mme Rav... R., 48 ans,

9 enfants vivants,

3 fausses couches,

Elle est employée de maison et gagne 10 000 FMG (200 FF) par mois.

Son mari n'a pas de profession fixe, change fréquemment de travail et souvent même chôme volontairement.

Cette femme reçoit nettement plus que les autres employées de maison car elle a eu la chance de tomber sur des patrons aisés. Seulement ce salaire suffit pour une famille de 4 enfants au maximum.

Cas 2 - Mme Rak..., 45 ans,

11 enfants vivants,

ne travaille pas,

Mari maçon. Pendant la saison des pluies il cultive ses champs et ses rizières avec toute sa famille car les constructions n'ont lieu que pendant la saison sèche. Les récoltes obtenues parviennent à peine à nourrir la famille jusqu'à la saison prochaine. Le peu qu'il gagne à son travail (il ne peut conclure qu'un seul contrat par saison) n'arrive pas à subvenir aux besoins de la famille en produits de première nécessité.

Cas 3 - Mme Raf..., 46 ans,
8 enfants,

Mari marchand de bestiaux. Pendant 6 mois il s'absente pour acheter des bêtes. Le bénéfice fait à la vente des animaux subvient difficilement aux besoins. Le reste de l'année toute la famille cultive la terre.

Cas 4 - Mme Ran..., 38 ans,
10 enfants,

Marie cultivateur. Toute la famille vit de la terre. La très grande partie des récoltes sert à l'alimentation. Le reste est vendu.

Cas 5 - Mme Raz..., 25 ans,
4 enfants,

Elle s'est mariée à 18 ans et accouche presque chaque année.

Son mari est ouvrier mécanicien. Il gagne de 5 000 à 7 000 FMG (100 - 140 FF par mois), insuffisants pour une famille de quatre enfants. Mme Raz... est très jeune ; elle accouchera probablement encore. Le couple n'a aucune notion de parenté planifiée et aucune idée ne lui vient à l'esprit de consulter un médecin pour exposer son problème.

Cas 6 - Mme Ras..., 22 ans,

Elle a à peu près la même histoire que Mme Raz..

Elle s'est mariée très jeune, à 16 ans ; mariage arrangé par les parents. A 22 ans elle a déjà 3 enfants. Elle s'en occupe toute seule. Son mari ne revient au domicile que chaque mois apporter le peu qu'il a gagné, y reste deux jours pour repartir ensuite. Les grossesses ne seraient que plus favorisées par ces retours après de longues et fréquentes absences. A 30 ans, elle aura sûrement plus de 5 enfants.

Dans ces observations nous voulons mettre en exergue quelques points communs :

- ces femmes se sont toutes mariées très jeunes,
- elles ont eu très jeunes leur 1er enfant,
- elles ont, ou auront, sûrement de nombreux enfants,
- bas niveau socio-économique,
- bas niveau culturel (elles savent tout juste lire et écrire).

Nous connaissons les actions néfastes de la multiparité, chez la femme surtout, ensuite chez l'enfant, enfin chez la famille et la nation. Dans les 2 premiers cas il s'agit d'effets sur la personne même des intéressés, allant d'une simple modification physique jusqu'à l'éventualité d'une perte de la vie. Dans les 2 cas suivants, il s'agit essentiellement de désavantages socio-économiques, culturels, voire moraux.

A - CONSEQUENCES MATERNELLES de la MULTIPARITE

La gravidité, le développement de l'oeuf entraînent, dès les premiers jours, une véritable révolution biologique. Toutes les grandes fonctions sont modifiées en raison de ce bouleversement. Chaque organe est sollicité, en premier l'appareil génital, et doit adapter son fonctionnement aux besoins nouveaux. Ainsi un équilibre est créé, différent de celui de la femme non gravide.

Ces changements se reproduisent à chaque gestation. Plus les accouchements sont nombreux, plus sérieux sont les désagréments de l'organisme maternel.

1) L'inspection - permet de déceler :

a) Au niveau de la silhouette :

Classiquement la femme enceinte est cambrée. Elle porte ses épaules en arrière. L'abdomen retombe en besace chez la multipare. La lordose lombaire s'accroît. Ces déformations parmi tant d'autres influent énormément sur la silhouette, la ligne ultérieure de la femme.

b) Au niveau des dents :

De nombreuses manifestations physiologiques et pathologiques peuvent être observées au niveau des dents pendant la gestation. Nul doute qu'avec la multiparité, les dents, surtout celles qui n'étaient pas saines avant les grossesses, s'abîment si un soin minutieux n'y est pas apporté. Deux de nos observations ci-dessus ont des dents très défectueuses. L'une s'est fait mettre une prothèse (au prix de quel sacrifice !). L'autre n'en a pas les moyens.

c) À niveau des téguments :

Le masque de la grossesse, chloasma, est l'apanage des multipares. Ces tâches du front, des joues, du pourtour de la bouche apparaissent pour revenir aux gestations suivantes, s'amplifiant et s'étendant de plus en plus.

- de même l'hyperpigmentation atteint les seins, siégeant préférentiellement aux mamelons et aux aréoles pérिमamelonnaires.
- sur le ventre, la ligne brune reliant l'ombilic au pubis se fait plus apparente, noircissant au fur et à mesure des grossesses successives.
- des vergétures multiples et disgracieuses couvrent le flanc et les cuisses.
- enfin l'intensification de la pigmentation intéresse le périnée.

d) Varices :

A chaque grossesse aussi se développent ou s'accroissent des varices des membres inférieurs, de la vulve, de l'anus.

e) Périnée : Chez la multipare :

- le périnée est raccourci,
- des cicatrices de déchirures et d'épisiotomie ne sont pas rares,
- la vulve est souvent élargie,
- les parties molles sont relâchées,
- le vagin est court, ample.

2) La Palpation

La paroi abdominale de nombreuses multipares accuse une hyperlaxité associée à une infiltration graisseuse du tissu cellulaire sous-cutané, donnant un aspect en besace caractéristique. La peau à ce niveau est flasque, plissée.

La musculature abdominale usée par ces accouchements successifs dénote une déficience accrue.

La ligne blanche s'élargit : le diastasis des droits est constitué.

L'ombilic se déplisse petit à petit pour donner naissance, à un stade avancé, à une hernie.

3) Pesée

Le gain de poids au cours de la grossesse provient d'une rétention d'eau, d'une accumulation de tissu adipeux, du développement de l'oeuf et du placenta. Si la femme ne perd pas pendant les suites de couches tout le poids qu'elle a pris, l'obésité est constituée avec une tendance à augmenter à chaque gestation.

4) Examen au Spéculum

Les modifications au niveau du col sont des plus frappantes illustrant une fois de plus les désavantages de la multiparité. Chez la nullipare, le museau de tanche est conique, lisse, ferme, l'orifice externe est petit, régulier, punctiforme.

Chez la grande multipare, le col semble absorbé par le corps et est remplacé par un large orifice entouré de tubercules et de dépressions de toutes dimensions. Sa consistance assez dure par endroits signe la fibrose cicatricielle source éventuelle d'anomalie de la dilatation du col.

5) Mais une observation courante chez la grande multipare est la laxité spéciale de son utérus. Celle-ci est à l'origine de toute une liste d'incidents et d'accidents, dont :

a) L'utérus fatigué, accusant des anomalies de la contraction,

en l'occurrence les hypocinésies :

- hypocinésie par défaut d'amplitude où l'intensité des contractions est insuffisante,
- hypocinésie de fréquence où les contractions sont trop espacées,

- hypocinésie totale associant les deux mécanismes précédents. Ces inerties, primaires, ou secondaires (succédant alors à un travail jusque-là normal) aboutissent souvent à un accouchement normal au prix de fatigue et d'énervement maternel. Elles sont aussi susceptibles d'exposer à un risque infectieux.

b) Positions anormales

Leur facilité d'apparition est telle, dans un utérus lâche de multipare, qu'une simple vessie en état de réplétion peut suffire à les provoquer, obligeant à recourir aux interventions les plus diverses, d'où un pronostic peu rassurant.

c) Présentations anormales

Dont l'étude par simple état énumératif des risques encourus nous démontre amplement les déboires de la multiparité.

Face : Pendant la grossesse la tête peut facilement se défléchir à cause de l'atonie utérine. Ceci explique la fréquence de la présentation de la face chez la multipare, avec ses risques essentiellement foetaux :

- Dystocie :

- . par la nature peu eutocique même de la présentation,
- . par lenteur du travail,
- . par possibilité d'évolution défectueuse de l'engagement, de la progression, de la rotation,
- . par transformation de la face en front.

- Autres accidents consistant en :

- . procidence du cordon,
- . compression entre l'occiput et le dos du cordon (circulaire lâche),
- . gêne de la circulation dans les vaisseaux du cou causée par l'hyperextension.

- Complication plus dangereuse encore représentée par l'enclavement de la face.

- Possibilité de mortalité foetale enfin dont le taux, diversement apprécié, oscille entre 3 et 10 % selon les statistiques.

Les interventions, parfois réclamées par ce type de présentation, démontre aussi la sévérité de son pronostic :

si l'accouchement normal représente l'évolution la plus habituelle, l'éventualité d'une version par manoeuvres internes, d'une extraction mécanique, d'une opération césarienne n'est pas à écarter. La symphysiotomie et l'embryotomie ont même été mis en oeuvre.

Front : Cette présentation hautement dystocique expose aux accidents les plus variés, allant de la simple anomalie des contractions utérines et de la dilatation du col, à l'hémorragie de la délivrance, en passant par :

- la rupture prématurée des membranes,
- la procidence du cordon,
- l'infection ovulaire.

Si l'accouchement s'est effectué par voie basse, les hémorragies cérébro-méningées par phénomènes plastiques importants chez l'enfant, et l'attrition des parties molles chez la mère ne sont pas toujours négligeables.

Enfin, l'enclavement de la présentation au-dessus du détroit supérieur est un accident aussi fréquent que grave :

- . pour le fœtus, voué alors à souffrir et à mourir in utéro,
- . pour la mère, par menace de rupture utérine.

La version par manoeuvres internes, l'application de forceps, la césarienne constituent les interventions souvent réclamées par cette présentation. Certaines situations auraient même nécessité symphysiotomie et embryotomie.

Siège : L'accord n'est pas fait sur la prédominance ou non de la présentation du siège chez la multipare ou la primipare. Néanmoins, beaucoup d'auteurs avancent des statistiques où celle-là l'emporte. La liste des complications est longue à énumérer, mais rare dans les faits à condition de respecter la marche de l'accouchement.

Peuvent être relevés :

- Procidence du cordon après rupture précoce ou prématurée des membranes,
- hyperextension de la tête,
- dystocie de la tête dernière,
- relèvement des bras,
- déformations de la tête et du pôle pelvien,

- Accidents traumatiques consistant en :
 - . Fractures : clavicule, humérus, fémur,
 - . Luxation : hanche
- lésions de la langue, du larynx, du maxillaire inférieur,
- hématome du sterno-cléido-mastoïdien,
- lésions encéphalo-méningées,
- paralysie du plexus brachial et paraplégie,
- enfin et surtout mortalité foetale consécutive à l'anoxie, à l'asphyxie ou au traumatisme obstétrical.

Chez la mère, si la mort n'est plus en question, les lésions traumatiques (déchirures périnéo-vulvo-vaginales) sont fréquentes, alors que les infections se font de plus en plus rares.

Epaule : L'étiologie la plus évidente de la présentation transversale est la multiparité : la laxité, l'hypotonie, de la paroi utérine ne permet pas l'accommodation foeto-utérine à tel point que l'enfant se met en position oblique.

L'épaule "négligée" ou méconnue, exceptionnelle aujourd'hui constitue le principal risque avec sa cascade de manifestations :

- rupture précoce des membranes,
- procidence du cordon,
- rétraction utérine,
- infection ovulaire,
- mort du fœtus et rupture utérine mêmes.

Chez la primipare cette présentation est sanctionnée par l'opération césarienne.

C'est chez la multipare que sont envisagées :

- . la version par manoeuvres externes au cours de la grossesse,
- . la version par manoeuvres internes au cours du travail dans les cas faciles,
- . l'opération césarienne dans les cas difficiles,
- . si le fœtus est mort, on a recours à l'embryotomie rachidienne ou, si elle n'est pas aisée, à l'opération césarienne ou même à l'hystérectomie en cas d'infection ovulaire grave,
- . la rupture utérine réclame, soit une suture de la paroi, soit une hystérectomie.

d) Rétention placentaire - Hémorragie de la délivrance

Ces faits s'enchaînent. La mauvaise qualité du muscle utérin de la multipare détermine des anomalies de la contraction en l'occurrence une atonie. Celle-ci est responsable d'une rétention partielle, voire totale du placenta par défaut de décollement ou de migration. A la rétention placentaire s'adjoint un défaut d'obturation des vaisseaux, né lui-aussi, de l'inertie, pour provoquer une hémorragie de la délivrance.

Or, cette hémorragie, par la spoliation sanguine qu'elle occasionne, peut entraîner un choc hémorragique susceptible de conduire à la mort maternelle.

Mais les complications les plus habituelles consistent en :

- infection du post-partum,
- thrombo-phlébite,
- syndrome de Sheehan.

e) Dystocies :

Plusieurs facteurs caractéristiques de la multiparité s'additionnent pour les occasionner, tels :

. la laxité particulière de l'utérus génératrice :

- * de positions anormales,
- * de présentations vicieuses,
- * d'anomalies de la contraction, toutes facteurs incontestables de dystocies,
- * l'excès de volume foetal dont on connaît la fréquence chez la multipare.

Or, qui dit dystocies, et c'est une évidence, dit nécessité d'interventions, morbidité foeto-maternelle accrue, mortalité potentielle même.

f) Rupture utérine :

Les ruptures pendant la grossesse laissent le pas aux ruptures pendant le travail. Celles-ci relèvent de causes variées, suivant qu'elles sont spontanées ou provoquées :

- spontanées, elles découlent chez la multipare, essentiellement :
 - * de l'altération du muscle utérin ; classique "utérus fragile",

- * la présentation de l'épaule, les présentations mal fléchies, l'excès de volume foetal, lots habituels des multipares, en représentent aussi bien des causes favorisantes que déterminantes.
- provoquées, elles reconnaissent comme origine :
 - * les versions par manoeuvres internes dont on a si souvent recours chez la multipare, réclamées par les positions et présentations anormales issues de l'hypotonie utérine.
 - * les extractions instrumentales et de nombreuses autres interventions mécaniques.

6) Pathologie Générale Maternelle

Parmi les rapports de la multiparité avec la pathologie générale, on peut citer l'exemple :

- d'une femme enceinte porteuse de cardiopathie où le risque gravido-cardiaque s'accroît avec l'âge et la parité.
- de même, si la fréquence de la maladie hémolytique n'augmente pas avec la parité, son pronostic au contraire se dévoile lors de la première grossesse où apparaissent les anticorps, et, tandis que se maintient le degré de la première atteinte, il y a une tendance à l'aggravation au cours des grossesses suivantes.

7) Rapports de la Multiparité et de la Pathologie Gynécologique

a) Cancer du Col

A chaque grossesse, à chaque accouchement, à chaque avortement, la muqueuse cervicale subit des remaniements, causes favorisantes plausibles dans l'apparition du cancer du col dont la fréquence s'amplifie avec la parité.

La 5ème gestation constituerait le stade d'apparition optimal.

b) Prolapsus génital

La fréquence du prolapsus génital chez la multipare se conçoit facilement si on s'imagine :

- l'état de pesanteur exercé par les organes génitaux,
- l'action des grossesses nombreuses et successives,

- le rôle joué par le traumatisme obstétrical, sur l'utérus et l'organe de soutènement, constitué par les muscles releveurs, le noyau fibreux central, les éléments fibro-aponévromusculaires du périnée.

c) Enfin, toute une liste d'affections gynécologiques peuvent avoir une certaine relation avec la multiparité.

C'est le cas :

- des rétrodéviations utérines,
- de l'incontinence d'urines,
- de l'allongement hypertrophique du col,
- de la béance vulvaire,
- de lésions urinaires les plus variées,
- de la déchirure du col,
- de lésions rectales,
- de fistules vésico-vaginales,
- de ptose des seins chez la femme qui allaite, entraînant surtout un désavantage esthétique. Les seins pendants si caractéristiques des multipares malgaches viennent du fait qu'elles allaitent tous leurs enfants souvent longtemps.

8) Mortalité maternelle

Un chiffre illustre et résume les méfaits de la multiparité :
"la mortalité maternelle est quatre fois plus élevée à partir du 5ème enfant".

B - CONSEQUENCES FOETALES DE LA MULTIPARITE

1) Insertion vicieuse de l'oeuf

La multiparité, retrouvée dans 80 % des cas environ, joue un rôle indiscutable dans l'apparition du placenta praevia.

Or, cette anomalie est riche de complications, exposant :

- la mère : aux hémorragies, à l'infection, aux accidents thrombo-emboliques, à la mort même ;
- l'enfant : à la prématurité, à l'anoxie, à l'anémie et aussi à la mort.

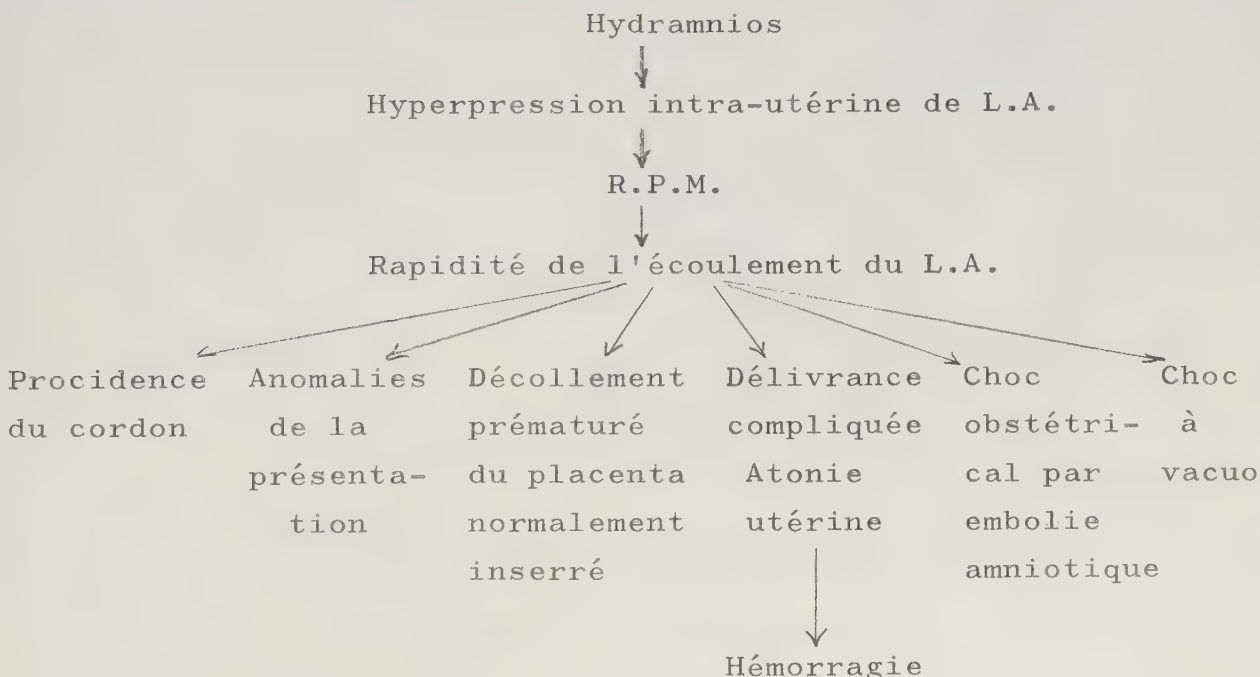
2) Grossesse gémellaire

Déjà nantie d'enfants, la multipare a encore plus de probabilité de faire des grossesses multiples que la primipare. Pis encore, des évolutions fâcheuses grèvent souvent la poursuite de ces gestations, telles :

- l'insertion vicieuse du placenta,
- l'avortement,
- la dysgravidie,
- l'accouchement prématuré,
- les accouchements dystociques : accrochage des deux têtes, procidence du cordon,
- les monstruosité diverses,
- l'hydramnios chez le foetus transfusé et l'hypotrophie chez les foetus transfuseurs,
- la mort de l'un des foetus : foetus comprimé,
- l'avenir sombre, enfin, de ces jumeaux.

3) Hydramnios

Plus fréquent chez la multipare, la succession éventuelle des différents phénomènes pathologiques s'établit comme suit :



4) Excès de volume foetal

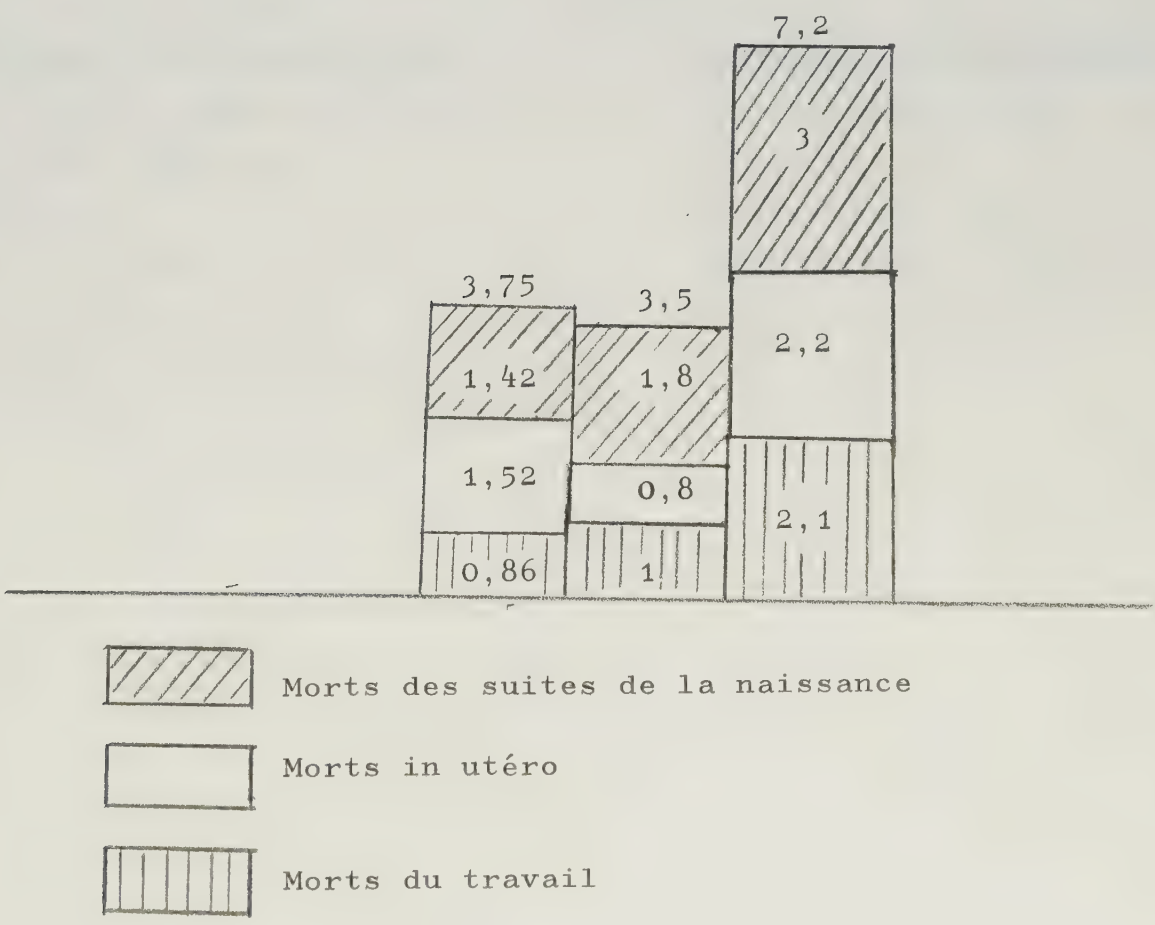
Toutes les statistiques convergent pour affirmer qu'à âges constants, les multipares mettent plus souvent au monde de gros enfants, que les primipares. L'augmentation moyenne du poids du fœtus est évaluée à environ 150 g à chaque grossesse. On devine que dans ces cas le pronostic sera plus sévère.

5) Mortalité périnatale

Le risque mortel des différentes parités est bien connu :

- les 2ème et 3ème parités sont les moins exposées,
- puis viennent les premiers-nés,
- les parités élevées ont le pronostic le plus sombre.

Il est très probable que dans les pays sous-développés, la multiparité est plus meurtrière, en raison d'autres facteurs négatifs surajoutés, dont la malnutrition, le faible niveau socio-économique sont les plus patents.



Pour récapituler, le schéma ci-dessous nous démontre que la multiparité se trouve au centre d'une multitude de déboires qui, parfois, mettent en jeu la vie de l'enfant et de sa mère.

Sur le plan général

Silhouette,
Dents,
Téguments,
Abdomen,
Périnée,
Poids.

Utérus fatigué

Anomalies de la contraction
utérine,
Positions anormales,
Présentations vicieuses,
Rétention placentaire,
Hémorragie de la délivrance,
Dystocies,
Rupture utérine,
Mort foetale,
Mort maternelle.

MULTIPARITE

Pathologie foeto-maternelle

Insertion vicieuse de l'oeuf,
Grossesse gémellaire,
Hydramnios,
Excès de volume foetal,
Mortalité périnatale,
Pathologie générale maternelle.

Affections gynécologiques

Modification du col,
Cancer du col,
Prolapsus génitaux,
Incontinence d'urines,
Rétroversion utérine,
Autres affection utér

- oOo -

- EXPLOSION DEMOGRAPHIQUE -

La famille s'agrandit, la population du pays suit.
Telle est la conséquence la plus directe, la plus évidente, des familles nombreuses.

Des états comparatifs des coordonnées démographiques illustreront au mieux la situation de la population malgache.

I) - POPULATION (en millions)

Monde	France	Afrique	Madagascar
3 900 (1974)	52 environ	345 (1968)	7,9 (1972)

Interprétations

L'Afrique est le continent le moins peuplé du monde car elle ne comporte que 345 millions d'habitants pour une superficie de 30 224 000 km². Comme dans l'ensemble des pays sous-développés l'accélération de l'expansion démographique a pris pied dès la fin de la 2ème guerre mondiale.

Cette carence de population est démontrée par l'exemple de Madagascar qui, plus étendu que la France (pour comparer un pays sous-développé à un pays développé) ne comporte que le 1/7 environ de sa population.

Ceci peut laisser supposer l'inutilité d'une parenté planifiée. Or notre suggestion se penche seulement sur les conditions des grandes multipares.

II - TAUX D'ACCROISSEMENT

Taux annuel moyen de variation de la population, en pourcentage.

Monde	Europe	Afrique	Madagascar
2,5 %	1 %	2,5 % à 3,5 %	3,5 %
	1967		1972

D'ailleurs, notre opinion est soutenue par le fait que l'Afrique, dont Madagascar, détient le record du taux d'accroissement de la population qui vaut plus que le double des pays développés, et est supérieur aussi à la moyenne mondiale.

Or, une croissance de 3,6 % par an implique un doublement de la population tous les 19,5 ans. Autant commencer dès maintenant par planifier la parenté des grandes multipares.

III - TAUX BRUT DE NATALITE

Nombre de naissances vivantes par 1 000 habitants.

Monde	France	Afrique	Madagascar
30 ‰	16,6 ‰ 1969	30 ‰ SVT 40 - 50 ‰	34,5 ‰ 1972)

Le même phénomène que pour le taux d'accroissement s'observe au niveau du taux de natalité qui correspond au double de celui de la France et supérieur à celui du monde.

IV - TAUX BRUT DE MORTALITE

Nombre de décès pour 1 000 habitants.

Monde	Europe	Afrique	Madagascar
-	8 - 9 ‰	20 à 30 ‰	18,31 ‰ 1972

Le taux brut de mortalité dans le pays du 1/3 monde est encore plus fort que celui des pays industrialisés. Seulement, c'est dans ces pays où ce taux était initialement le plus élevé, que la chute a été la plus vertigineuse. En effet, ~~si il y a~~ ^{si il y a} quelques années encore ce taux était de 200 ‰, elle se situe actuellement entre 20 et 30 ‰ (dix fois moindre).

Celui de Madagascar est encore plus bas et s'élève à 18,31 ‰.

V - ESPERANCE DE VIE

Monde	France	Afrique	Madagascar
-	75 ans	20 à 55 ans	Homme : 46,69 ans Femme : 50 ans

Si l'espérance de vie en Afrique et à Madagascar n'oscille qu'entre 50 - 55 ans, (encore très faible comparativement aux nations développées), la façon dont s'est opéré l'allongement de la durée de vie moyenne est très différente.

Dans les pays riches, l'espérance de vie s'est allongée de manière lente et régulière (30 ans d'augmentation pendant une période de 100 ans). Au contraire, les pays pauvres n'ont mis que quelques décades pour obtenir le même résultat.

Tout ceci démontre une fois de plus avec quelle vitesse s'accroît les habitants du "Sud".

VI - DENSITE AU KM2

Monde	France	Afrique	Madagascar
-	94	11	13 - 14

Madagascar est encore peu peuplée. Il faudrait donc la peupler sans accentuer la pauvreté de ceux qui ont de nombreux enfants.

EVOLUTION DE LA POPULATION

Afin d'illustrer encore la multiplication démographique actuelle des pays tiers, il convient d'établir un rapprochement avec les pays nantis.

Evolution Démographique en France

1) Jusqu'au XVIII^e siècle, l'évolution démographique de la France ressemblait à celle des pays sous-développés d'il y a 40 - 50 ans.

La natalité était forte, la mortalité aussi, ce qui entretenait une stabilité de l'effectif des habitants, déséquilibrée toutefois de temps en temps par des famines ou des épidémies.

2) Dès le début du XVIII^e siècle, la mortalité a connu une chute en lysis imputable essentiellement au développement économique de cette période, La conséquence en est une augmentation de 30 - 40 % de la population française vers le milieu de ce siècle.

3) Un siècle plus tard, le taux d'accroissement de la population diminue, de même la mortalité, à tel point que de 1936 jusqu'à la fin de la 2^eme guerre, le nombre de naissances est plus bas que celui des décès.

4) Depuis, l'amélioration des conditions sociales parmi d'autres facteurs a engendré une augmentation nette et régulière de la natalité.

Evolution Démographique à Madagascar

Large extraits tirés de la publication du mois d'Avril 1974, de la Direction de l'Institut National de la Statistique et de la Recherche Economique de Madagascar.

Trois sources essentielles ont servi à l'établissement des composantes démographiques de cette étude l'I.N.S.I :

- Les monographies des Sous-Préfectures,
- L'Etat Civil,
- Les enquêtes statistiques.

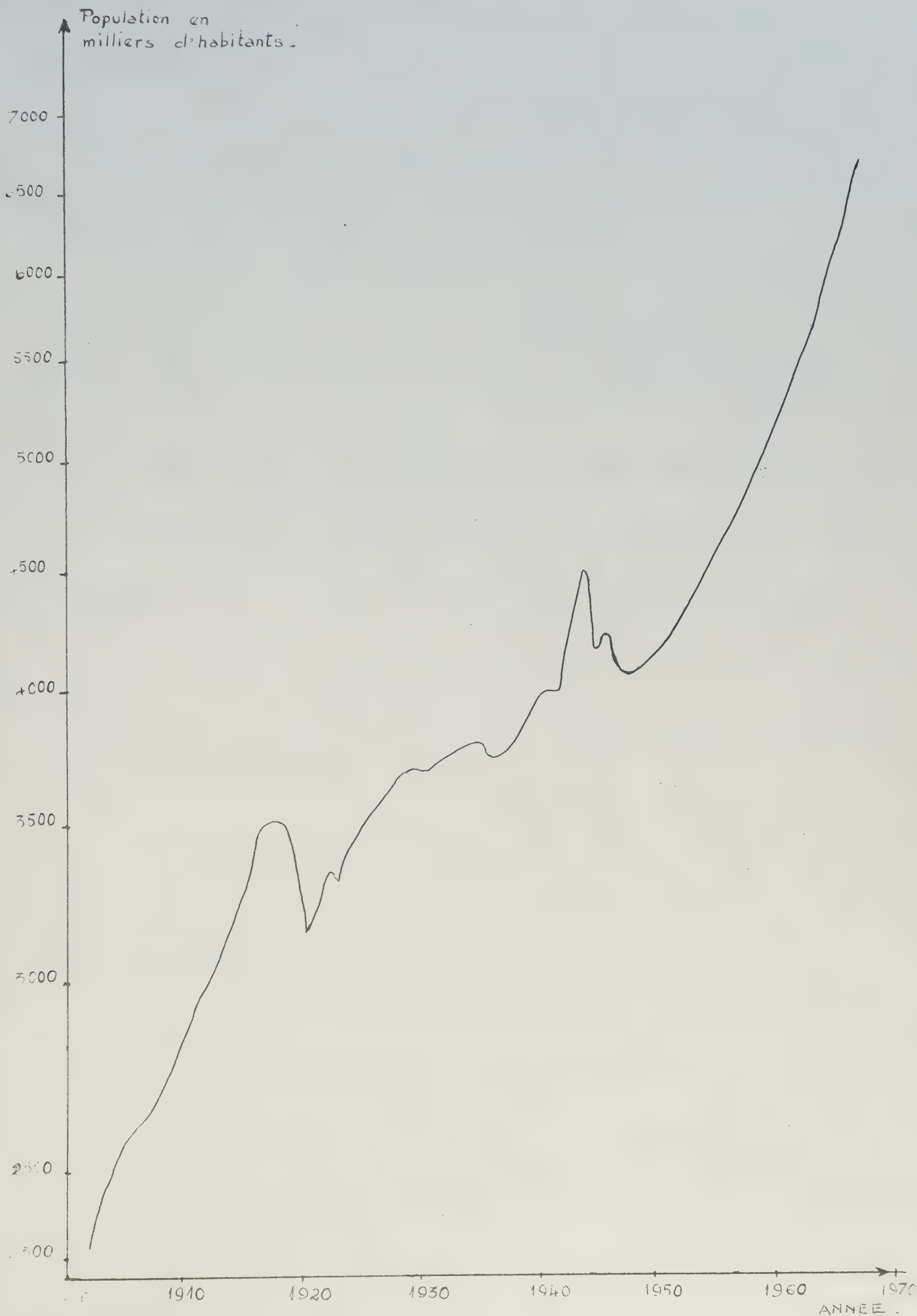
Pendant la période précoloniale (avant 1895) aucune donnée démographique n'a été établie. Seuls quelques voyageurs ont avancé des estimations tout à fait personnelles. Ainsi, la population de l'île s'élèverait :

- . en 1656, à 800 000 selon FLACOURT,
- . en 1777, à 250 000 selon BENIOWSKY,
- . en 1870, à 8 millions selon Jean LABORDE.

En 1900, un recensement, effectué à l'ordre du Général GALLIENI, a dénombré 2 242 000 habitants. Depuis la population a augmenté selon le tableau ci-dessous (aux 1er Janvier successifs) :

Année	Population	Année	Population
1901	2 242	1937	3 758
1902	2 299	1938	3 758
1903	2 454	1939	3 833
1904	2 516	1940	4 016
1905	2 553	1941	4 034
1906	2 613	1942	3 986
1907	2 642	1943	4 190
1908	2 707	1944	4 523
1909	2738	1945	4 144
1910	2 870	1946	4 236
1911	2 966	1947	4 094
1912	2 988	1948	4 023
1913	3 011	1949	4 088
1914	3 264	1950	4 143
1915	3 351	1951	4 234
1916	3 496	1952	4 296
1917	3 501	1953	4 389
1918	3 520	1954	4 461
1919	3 489	1955	4 578
1920	3 119	1956	4 674
1921	3 255	1957	4 842
1922	3 336	1958	4 975
1923	3 311	1959	5 098
1924	3 456	1960	5 183
1925	3 519	1961	5 353
1926	3 579	1962	5 536
1927	3 591	1963	5 753
1928	3 618	1964	5 999
1929	3 709	1965	6 234
1930	3 665	1966	6 462
1931	3 722	1967	6 676
1932	3 725	1968	6 912
1933	3 736	1969	7 100
1934	3 783	1970	7 321
1935	3 808	1971	7 551
1936	3 696	1972	7 820

- EVOLUTION DEMOGRAPHIQUE A MADAGASCAR -



COMMENTAIRE

L'étude des évolutions démographiques en France et à Madagascar nous a permis de prouver l'accroissement très récent de la population des pays chauds. Or, si dans l'ensemble du tiers monde, l'expansion a débuté au lendemain de la 2ème guerre, à Madagascar elle n'a commencé que depuis 1950.

Cinq grandes périodes caractérisent cette courbe démographique :

- 1 - de 1900 - 1919 : croissance rapide de la population,
- 2 - de 1919 - 1920 : chute brutale provoquée par des épidémies, de méningite cérébro-spinale, de grippe et de peste.
- 3 - de 1920 - 1942 : croissance régulière avec au 1er Janvier 1942 un pic très net.
- 4 - de 1942 - 1948 : baisse imputable à la 2ème guerre et à des évènements internes en 1947.
- 5 - depuis 1950 : explosion démographique portant le nombre de la population de 4 014 300 en 1950, à 7'820 000 en 1972 c'est-à-dire qu'elle a presque doublé en 22 ans.

Le taux d'accroissement n'a cessé de s'élever pendant ces 20 dernières années passant de :

- 1 % avant 1950,
- 1,9 % entre 1950 et 1955,
- 2,6 % entre 1955 et 1960,
- à 3,5 % de 1960 à 1970.

PYRAMIDE DES AGES

Elle est caractérisée par une base très large et un rétrécissement rapide.

47,5 % de la population a moins de 15 ans.

Plus de la moitié a moins de 20 ans.

La population malgache est très jeune, jeunesse imputable à la haute fécondité. Cette structure jeune, selon les prévisions, persistera pendant longtemps (plusieurs décennies). Or, avec l'augmentation de la fréquentation scolaire actuelle, avec l'augmentation

du coût de la vie, ces enfants constitueront, dans un proche avenir une lourde charge pour les parents qui en ont trop. L'élargissement de la base de la pyramide des âges, c'est-à-dire le rajeunissement de la population accroît la charge des adultes en âge de travailler. Ce rajeunissement ne facilite ni les investissements humains (enseignement et formation professionnelle), ni les investissements matériels.

GROUPE d'AGES	SEXE MASCULIN	SEXE FEMININ
0 - 4 ans	91	91
5 - 9 ans	78	74
10 - 14 ans	69	62
15 - 19 ans	44	48
20 - 24 ans	31	37
25 - 29 ans	26	37
30 - 34 ans	25	29
35 - 39 ans	25	29
40 - 44 ans	22	23
45 - 49 ans	20	20
50 - 54 ans	17	16
55 - 59 ans	14	14
60 - 64 ans	10	9
66 - 69 ans	8	7
70 ans et plus	12	12
Total	492	508
Ensemble	1 000	



CAUSES DE L'EXPLOSION DEMOGRAPHIQUE

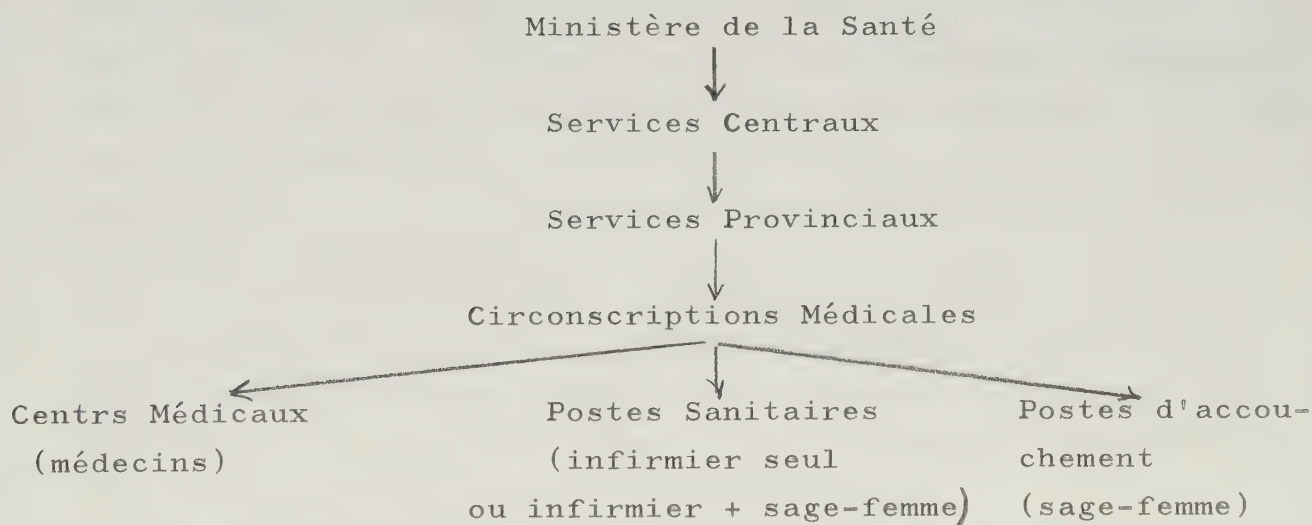
La diminution de la mortalité, l'augmentation de la natalité, l'élévation de l'espérance de vie sont le fait de la conjugaison d'un grand nombre de facteurs parmi lesquels :

1 - L'arrivée des soins médicaux

L'histoire de la médecine à Madagascar est très récente. Elle remonte vers la moitié du 19^e siècle, avec l'arrivée d'Andrew DAVIDSON et de ses collègues anglais et norvégiens. L'Ecole française de Médecine est établie une trentaine d'années plus tard par JOURDRAN (1896). Nous voyons donc que cette médecine n'a même pas cent ans.

2 - La structure sanitaire très élaborée actuelle de Madagascar.

Schématiquement, au-dessous du Ministère de la Santé on rencontre les services centraux. Puis viennent les services provinciaux. Ceux-ci ont sous leur dépendance les circonscriptions médicales comprenant, à leur tour, un certains nombres de centres médicaux, de postes sanitaires et de postes d'accouchement.



3 - Les progrès de la médecine de soins avec l'arrivée des sulfamides puis des antibiotiques :

La méningite cérébro-spinale, la diphtérie, les fièvres typho-paratyphoïdes ont été les affections les plus meurtrières dans la grande île. Heureusement, depuis l'arrivée des bacté-

ricides, des sérums, des vaccins, ces maladies n'ont laissé que de mauvais souvenirs. Elles sont, maintenant, facilement jugulées par la thérapeutique, les décès s'observant seulement chez les campagnards isolés et éloignés d'établissements médicaux et qui ont pris du retard pour emmener le malade.

4 - Le visage des grandes endémies a nettement changé.

Il y a quelques décades encore, la peste causait des décès importants. Apparue dans les ports de l'île lors de la dernière pandémie, elle a gagné le centre où elle a été la plus meurtrière pour s'étendre au Nord et au Sud.

Nous nous souvenons encore de ces périodes où les infirmiers parcouraient à pied, à bicyclette ou à motocyclette les villages où des décès étaient signalés, afin de pratiquer systématiquement des frottis et autres prélèvements en vue de la recherche du bacille ; ces époques où les "RAINIVOALAVO" (Monsieur le Rat) : le Chef d'Equipe de dératisation enquêtait dans les villages sur l'infestation murine.

Vers les années 65, des colonies murines importantes ont réapparu vers l'Est de l'île, heureusement sans incidence pathologique mais ayant fait des dégâts dans les récoltes.

Actuellement, les Rainivoalavo ont "disparu", les frottis systématiques aussi. La maladie a nettement regressé, résurgant par cas très isolés sous forme bubonique, facilement maîtrisée par la thérapeutique.

En matière de tuberculose, les mesures préventives sont particulièrement efficaces.

Depuis 1964, le BCG buccal, fabriqué par l'Institut Pasteur de Madagascar est mis en oeuvre et administré systématiquement aux nourrissons dans toutes les maternités, permettant d'espérer une réduction notable de la fréquence et de la gravité de la maladie dans un proche avenir.

Les enfants d'âge pré-scolaire ne sont pas pour autant négligés. Ils sont atteints et par le dépistage et par la vaccination intradermique dans les Centres de Nivaquinisation et les Centres de Protection Maternelle et Infantile.

Les enfants d'âge scolaire bénéficient des mêmes avantages dans les écoles.

Pour les autres groupes d'âges nous pouvons citer :

- le dépistage systématique chez les salariés à l'embauche,
- et chez les fonctionnaires lors de la titularisation.
- et surtout les vaccinations de masse, entreprises par des groupes mobiles d'hygiène dans les quatre coins du pays.

La médecine de soins antituberculeux progresse dans le même sens, les consultations et les hospitalisations augmentant chaque année jusqu'à poser des problèmes d'insuffisance de lits. Les résultats thérapeutiques sont très prometteurs pour les patients des villages et des environs, moins réussis pour les campagnards éloignés des Centres Médicaux.

La lutte anti-palustre est également en pleine expansion et couronnée de succès quoique l'éradication de l'affection ne soit pas encore pour demain. Les centres de nivaquinisation foisonnent dans l'île et attirent, grâce aux cadeaux distribués aux familles assidues, davantage de clients (nourrissons et enfants d'âge pré-scolaire).

A l'école primaire, la nivaquine est distribuée chaque semaine. On devine la joie des enfants de pouvoir apporter le jour de la distribution, une petite collation, une galette, des bonbons, pour avaler "les comprimés amers".

Les campagnes de désinsectisation effectuées sans relâche par des groupes mobiles d'hygiène renforcent ces actions et ces succès.

Les deux sortes de bilharzioses, à *schistozoma haematobium* ou à *mansoni* sont rencontrées un peu partout dans l'île. Grâce aux nouvelles médications, elles ne revêtent pas un pronostic sévère et bénéficient d'un traitement le plus souvent ambulatoire.

Son avenir, par contre, serait peu rassurant à cause des travaux d'aménagement et d'irrigation qui se font plus nombreux et dont on connaît le rôle favorisant dans l'extension des foyers.

La lèpre ne connaît plus sa "malignité" du temps jadis.

Les nouveaux cas viennent voir le médecin de leur plein gré. Les malades ne subissent plus l'isolement à vie d'il y a quelques années. Ils séjournent dans les "villages" le temps d'être rendus non contagieux, et après, poursuivent le trai-

tement à domicile. Il faut souligner l'effet remarquable apporté à ce sujet par les sulfones.

- 5 - L'éducation sanitaire et l'éducation nutritionnelle créées vers les années 60 commencent à porter leurs fruits :
 - l'hygiène générale s'améliore ; quelque peu lentement ;
 - la fréquentation des établissements socio-médicaux croît : les 4/5 de la population, conscients de l'utilité de la médecine, consultent ;
 - le nombre des femmes enceintes suivies dans les maternités augmente.
- 6 - Les conditions socio-économiques et culturelles, lentes à avancer, joueraient un rôle de second plan dans l'explosion démographique à Madagascar.
- 7 - Un facteur est évident dans l'éclosion de la multiparité et de l'expansion démographique : la précocité du mariage et la facilité avec laquelle il est contracté dans de nombreuses régions.

Dans beaucoup de contrées, le mariage est arrangé par les parents, parfois dès le jeune âge des intéressés.

Dans d'autres, l'arrangement se fait entre le futur mari et les parents de la fille. Celle-ci, pour obéir aux parents accepte souvent sans émettre un avis.
- 8 - Enfin, le nombre croissant des femmes entre 15 et 45 ans, qui du fait de l'augmentation de l'espérance de vie, atteignent facilement l'âge fécond et le vivent en entier. En effet, c'est dans ce groupe d'âges que les femmes enregistrent le plus de naissances vivantes et détiennent le taux de fécondité élevé.

AGE DES FEMMES	NAISSANCES VIVANTES (en milliers)	EFFECTIF DES FEMMES (en milliers)	TAUX de FECONDITE en %.
12 - 14 ans	1,2	223	5
15 - 19	42,4	301	141
20 - 24	68,2	227	300
25 - 29	66	230	287
30 - 34	50,8	179	284
35 - 39	33	180	183
40 - 44	13,7	141	97
45 - 49	4,1	127	32
50 et plus	1,2	359	3
M. D.	1,4	2	-
Total	282	1 969	143
15 - 49ans	278,0	1 385	200

Le taux maximum est obtenu pour le groupe 20 - 24 ans, et vaut 300 %. Sur 10 femmes de ce groupe d'âge, trois mettent un enfant au monde au cours d'une année. Le taux reste encore très élevé pour les deux groupes d'âges suivants (25 - 29 ans et 30 - 34 ans, où il est de 287 et 284 %), puis il décroît assez rapidement ensuite.

TAUX DE REPRODUCTION

1 - Taux brut de reproduction

Ce nombre de filles mises au monde, en moyenne par chaque femme soumise aux conditions de fécondité définie par les taux par âge, en l'absence de mortalité, s'élève à $R = 3,3$.

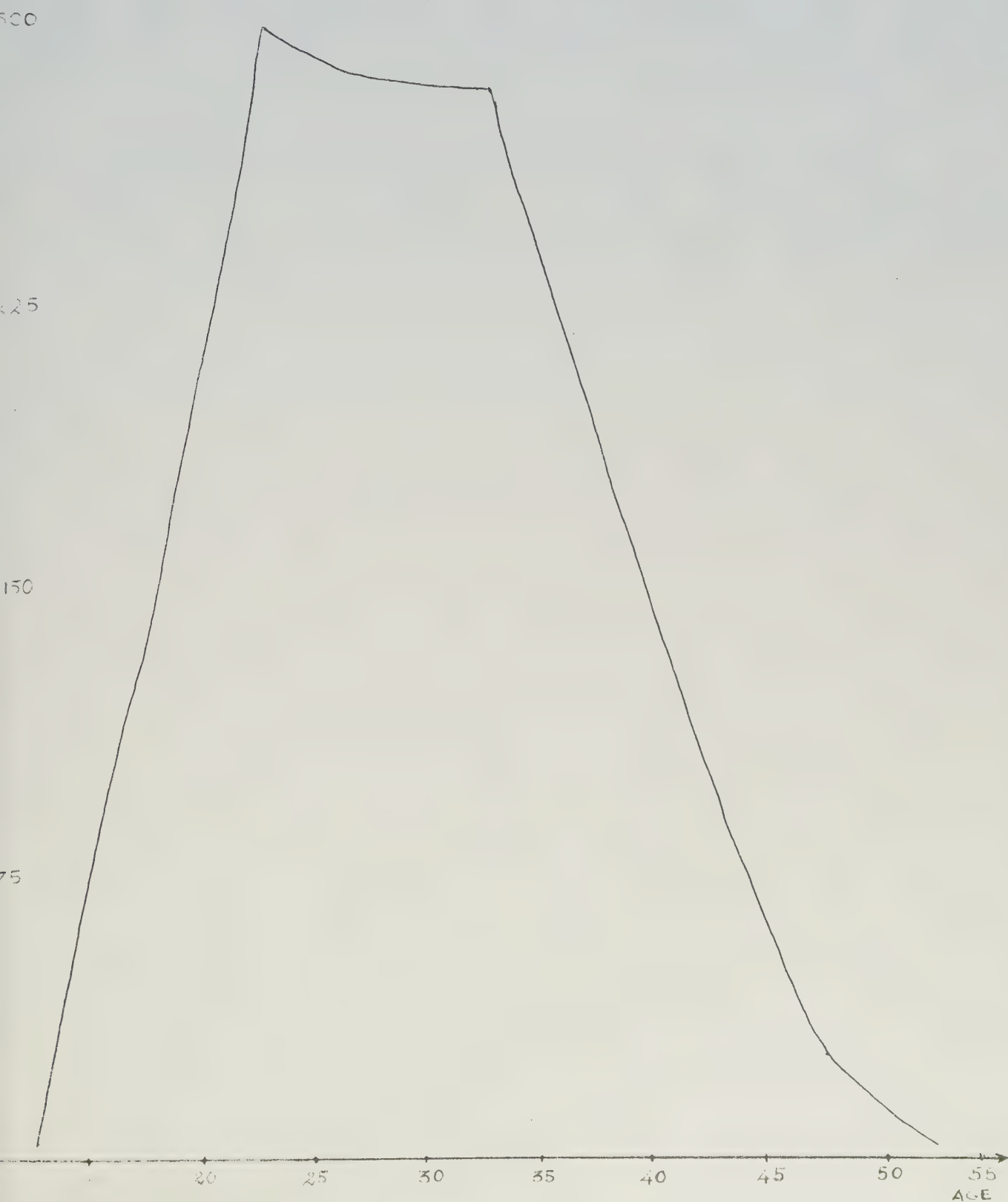
2 - Taux net de reproduction

Comme le précédent, mais en considérant la mortalité :

$R_0 = 1,9$.

TAUX DE FECONDITE PAR AGE

Taux de
fécondité
en ‰



DISTRIBUTION des MENAGES selon leur TAILLE (en ‰)

Taille du ménage	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16 +
Nbre ménages en ‰	47	128	150	146	120	111	89	70	52	35	21	11	7	5	3	5

- 1) La taille moyenne des ménages est de 5,25 personnes.
- 2) Il y a autant de ménages de moins de 5 personnes que de ménages de plus de 5 personnes. Notre suggestion intéresse ces derniers.

- oOo -

INDICATIONS SOCIO-ECONOMIQUES et AUTRES

La rançon des progrès médicaux et de l'explosion démographique dans le Tiers Monde s'est manifestée dans le problème de l'alimentation. L'augmentation effarante du chiffre des habitants n'a pas été suivie d'une augmentation concomitante et parallèle des récoltes. Au contraire, une diminution aurait été enregistrée dans la production des céréales en 1973-1974.

L'exemple récent du Sahel illustre l'acuité de ce problème dans les pays sous-développés.

La malnutrition ou la faim ont frappé 400 à 500 millions d'enfants en 1973, d'après l'Unesco.

D'autre part, plus de la moitié de l'humanité a un régime alimentaire moyen dont la teneur en protéïnes n'atteint pas les 2/3 des besoins journaliers et dans ces protéïnes la teneur en protéïnes animales est inférieure au quart des besoins.

Ce même chiffre est retrouvé dans le rapport de consommation de viande par habitant.

La consommation journalière de protéïnes totales dans les pays sous-développés équivaut à la moitié de celle des pays industrialisés et le 1/5 si l'on considère les seules protéïnes animales.

Une étude comparative de l'Europe de l'Ouest et de l'Afrique, qui ont globalement le même nombre de population, nous permet de noter quelques rapports bien significatifs :

- si la surface totale de terres arables en Europe correspond au 1/4 de celle de l'Afrique, les terres cultivées pour celle-ci ne dépassent celles du premier que de quelques dizaines de mille kilomètres carrés, et les surfaces récoltées chaque année sont

plus étendues en Europe qu'en Afrique.

En 1972, la récolte en céréales par hectare en Afrique est le 1/4 de celle de l'Europe de l'Ouest, et le rapport des productions de céréales par habitant s'élève à 1/5^e en faveur de l'Europe.

Le machinisme au stade d'embryon, la culture plus difficile dans les régions tropicales que dans les régions tempérées, l'attachement des peuples aux cultures traditionnelles pauvres en protéïnes, expliquent dans une certaine mesure cette insuffisance quantitative et qualitative de l'alimentation.

A Madagascar, toutes ces idées-maîtresses prévalent. La nourriture de la grande majorité des habitants est pauvre, déséquilibrée par manque de protéïnes et de vitamines.

Le riz représente la principale alimentation, et encore, de nombreuses familles n'en consomment pas à volonté ou au cours des trois principaux repas. Il n'est pas rare de rencontrer des foyers où le maïs, le manioc constitue le plat de résistance, car, si ces familles cultivent du riz, elles préfèrent vendre la grande partie pour avoir l'argent nécessaire à d'autres besoins.

La consommation de viande se voit pour certains seulement le jour de marché, lors des fêtes, ou autres grandes occasions.

L'étude de la malnutrition et, en particulier, du déficit protidique à Madagascar a fait couler beaucoup d'encre. Les résultats ont montré des déficits en protidémie pouvant aller jusqu'à 50 % de la valeur normale. Le déficit n'épargne pas les calories-lipides et la lipidémie.

Est-il besoin d'insister sur le fait que les protéïnes constituent le matériau fondamental des appareils neuro-musculaires, squelettique et végétatif de l'homme et que, sous forme d'enzymes, elles tiennent sous leur dépendance divers métabolismes ?

Le kwashiorkor, fréquent dans la population infantile malgache illustre aisément la malnutrition. Apparaissant comme une poly-carence en vitamines et surtout en acides aminés ; il débute après le sevrage, comporte dans ses manifestations cliniques :

- un retard de croissance,
- des troubles de la pigmentation cutanée,

- des vomissements,
- de la stéatorrhée,
- une hépatomégalie,
- des oedèmes,

et représente une cause de morbidité et de mortalité infantiles.

Le rôle de la carence vitamino-protéïnique sur la gravidopuerpéralité se retrouve dans deux affections courantes que sont l'avortement spontané et l'accouchement prématuré.

Dans le premier cas :

- l'alphatocophérol influencerait sur l'évolution de la grossesse en la menaçant lorsque son taux descend au-dessous de 0,40 g/l. Si son action directe est encore discutée, il semble plus probable qu'il agirait d'une façon indirecte en améliorant le métabolisme de la progestérone.
- une carence en vitamines C.P.K. source d'hémorragies au niveau de la caduque, puis de troubles de l'hématose ovulaire serait aussi en mesure d'entraîner un avortement spontané.
- enfin, le rôle joué par le déficit protidique est presque unanimement admis dans la genèse de l'avortement spontané.

L'accouchement prématuré constitue l'exemple-type d'une pathologie où la très grande majorité des facteurs favorisants sont retrouvés chez la multipare malgache, il s'agit des causes de risque établies et classées par Papiernik-Berkhauer, dont :

- l'âge,
- la multiparité,
- plusieurs enfants sans aide familiale,
- court intervalle après les grossesses précédentes : nombreuses sont les femmes qui accouchent chaque année avec fécondation dès la reprise de l'activité génitale, en cours même d'allaitement : classique "ZAZA AIZANA" où les grossesses sont tellement rapprochées que le cadet naît déjà alors que l'aîné ne se tient même pas debout, ne marche et ne parle pas encore, tombe très souvent malade à cause du manque de soins.

La famille attribue le retard verbo-moteur et les affections observées chez ce dernier à la venue du second, comme si celui-ci avait des actions néfastes sur son aîné. Alors, qu'en fait, la mère est préoccupée à porter ses soins sur le nouveau-né, pendant ce temps le premier est délaissé.

- les conditions de travail particulièrement dures ;
tout au long de leur grossesse, les femmes se livrent à leurs tâches habituelles, ignorant ce qu'est le repos prénatal qui apparaît comme un luxe à la seule portée des citadines.
- les travaux à l'intérieur ;
- les travaux à l'extérieur ;
- le long trajet quotidien et à pied.

De là, les naissances à domicile ne sont pas rares et même à l'extérieur, les contractions du début du travail commençant en plein repiquage du riz, en plein pilage, en plein vannage, sur la route de la source en allant chercher de l'eau.

- la fatigue chronique physique et psychique ;
- l'absence ou l'insuffisance des consultations prénatales ;
- les antécédents pathologiques obstétricaux si fréquents chez la multipare ;
- ~~en ce qui nous concerne dans ce~~ chapitre, le REGIME HYPOPROTIDIQUE.

La rupture d'équilibre de plus en plus ample entre le chiffre de la population et l'économie est une des raisons de notre suggestion.

Le premier monte en flèche, alors que le second se maintient au même niveau ou baisse (signalons que l'embryon d'analyse économique globale, ici rapporté, date de 1968).

Les perspectives de population démontrent aisément cette expansion démographique :

ANNEES	POPULATION
1970	7 428 600
1971	7 655 200
1972	7 878 200
1973	8 132 000
1974	8 390 000
1975	8 649 000
1976	8 940 000
1977	9 240 000
1978	9 515 000
1979	9 813 000
1980	10 108 000
1981	10 458 000
1982	10 800 000
1983	11 114 000
1984	11 507 000
1985	11 860 000

Ces chiffres ne sont que théoriques. En fait, ils sont nettement dépassés. La preuve en est fournie par le nombre de population de 1972, où le total prévu s'élève à 7 878 200, alors qu'en réalité, le chiffre avancé par le seul Etat Civil monte à 7 928 000, soit une marge d'erreur de plus de 6 %. Or, le seul chiffre de l'Etat Civil ne reflète pas toutes les naissances. Toutes les mères n'accouchent pas à la maternité.

Selon cette perspective donc, la population malgache s'accroît aux taux de 3,2 % entre 1970-1985 et atteindra près de 12 000 000 en 1985.

En d'autres termes, la population malgache augmentera en 15 ans (1970-1985) de 4 431 400 habitants, équivalente de l'augmentation entre :

1901 - 1967 = 66 ans,
ou 1915 - 1972 = 57 ans.

Il suffira de 15 ans pour que cette population s'élève de la même ampleur que lors des 57 dernières années.

L'économie du pays est très fragile. Elle accuse un accroissement infime, stagne ou même se montre déficitaire.

A Madagascar, comme dans les autres pays sous-développés, le revenu par tête d'habitant est faible, compris entre 500 et 1 750 FF par an et dans 25 pays dont Madagascar ce revenu est inférieur à 85 FF par mois, selon un rapport récent de l'OMS.

Le volume des capitaux disponibles, les activités commerciales et financières, le niveau technologique, le niveau industriel, garants d'une économie saine, ne connaissent pas suffisamment d'ampleur et de solidité.

Les exportations se limitent à quelques produits agricoles : (riz, café, vanille, girofle, viande, poissons, crustacés, sucre), produits du sous-sol (chrome, bauxite, mica, nickel, pierres précieuses) et ne parviennent pas, souvent, à équilibrer les importations qui concernent des produits manufacturés (bien d'équipements agricoles, industriels, produits alimentaires, biens de consommation).

Si la situation de l'emploi ne se fait pas encore sentir dans l'ensemble de l'île, dans les grandes villes, au contraire, elle commence à peser. Les jeunes un peu plus instruits que leurs

aînés, animés d'un peu plus d'élan, d'émulation, arrivent en ville en quête d'emploi, ne trouvent rien, augmentent la liste des chômeurs et finissent par accepter toutes les petites commissions peu rétribuées.

Cette situation est largement présente à Tananarive où de nombreux jeunes occupent, après de longues et vaines recherches, des postes de fortune (aide-chauffeur, aide-mécanicien, manoeuvre, manutentionnaire, garçon de course) qui, il faut le dire, dans un pays sous-développé, ne rapportent guère comme cela peut rapporter dans un pays industrialisé.

Si l'économie ne progresse pas suffisamment c'est aussi parce qu'elle repose, essentiellement, sur une agriculture où la technique ancestrale prédomine. Le secteur agricole englobe 84 % des actifs et 91 % des actives, correspondant à 2,4 millions de personnes sur les 3,3 millions de 15 ans et plus. La répartition est ainsi établie :

GROUPE d'AGES	Sexe Masculin			Sexe Féminin		
	Inactifs	Actifs agricoles	Autres actifs	Inactives	Actives agricoles	Autres actives
15 - 19	37	59	4	36	61	3
20 - 24	12	75	13	23	70	7
25 - 34	1	77	22	19	74	7
35 - 44	1	81	18	16	75	9
45 - 54	1	84	15	15	76	9
55 et plus	15	81	4	54	42	4
Ensemble	10	76	14	24	69	7

D'après ce tableau :

- Hommes =
 - 10 % d'inactifs (dont les écoliers et les étudiants),
 - 76 % travaillent dans l'agriculture,
 - 14 % sont actifs non agricoles.
- Femmes =
 - 24 % d'inactives (dont les écolières et étudiantes),
 - 69 % travaillent dans l'agriculture,
 - 7 % sont actives non agricoles.

Compte tenu de ces répartitions, il ressort que la population malgache est essentiellement rurale : 86 % de la population vivent à la campagne. Alors que seule une faible proportion de terres cultivables est actuellement cultivée.

La description sommaire d'une famille rurale-type nous permettra d'avoir une idée sur le montant de ses biens :

C'est une famille de type patriarcal qui voit vivre sous le même toit : le père, la mère, les enfants et les petits enfants.

Le père est chef de famille et chef de l'exploitation.

La famille possède en moyenne :

- une habitation faite de 2 à 4 pièces, en terre battue ou en brique.

à côté de l'habitation principale, sont construits :

- une porcherie pour 2 - 4 cochons,
- une basse-cour avec un peu de tout : une dizaine de poulets, 4 oies, 4 dindons, 4 canards.
- une étable avec 2 à 6 boeufs (dont 2 de trait),
- 2 ou 3 parcelles de rizière,
- 2 ou 3 parcelles de champs où sont cultivés : maïs, haricots, pomme de terre, manioc, patate douce,
- quelques arbres fruitiers entourent la maison,
- le matériel agricole est composé de 4 - 6 bêches, de 2 pelles, une herse,
- parfois une charrue,
- seules les quelques coopératives agricoles ont des tracteurs et autres machines plus élaborées.

A côté de ces caractéristiques générales, se rencontrent des variantes régionales :

- pour de nombreux endroits, la paillotte remplace la case en terre battue,
- certains paysans, dans certaines régions, se consacrent principalement à l'élevage bovin (9 millions de têtes),
- si, dans la grande partie de l'île, la culture du riz l'emporte, beaucoup d'agriculteurs se livrent à la culture spécifique du

tabac, du café, de la canne à sucre, de la vanille, de l'arachide, du girofle, du coprah, des arbres fruitiers.

Il apparaît qu'il s'agit d'une agriculture essentiellement destinée à la subsistance familiale. Le peu d'excédent, si excédent il y a, sera vendu et l'argent issu de cette vente servira pour l'achat des besoins de première nécessité et à remplacer les quelques animaux vendus et quelques outils. L'exemple en est fourni par la culture du riz qui, bien que présente dans l'île, s'avère encore insuffisante au point qu'on est obligé d'en importer.

L'amortissement est sacrifié. Souvent aucune intention ni d'améliorer, ni d'étendre l'exploitation ne frôle l'esprit de l'agriculteur.

L'essentiel de la production industrielle est représenté par l'extraction des produits du sous-sol, les cultures industrielles (café, vanille, girofle, canne à sucre) la pêche industrielle, l'industrie textile, quelques industries alimentaires.

En somme, l'économie familiale et nationale est frêle. De sérieux efforts restent à faire, un long chemin reste à parcourir.

Si l'on prétend au relèvement économique du pays, il s'avère primordial d'intégrer dans les solutions envisagées celle de la poussée démographique. En effet, l'économie peut se développer, ce développement sera toujours insuffisant pour une population galopante. La proposition du 2ème Rapport du Club de Rome est très significative à ce sujet. Nous lisons, page 136 :

"La seule issue possible à la situation alimentaire mondiale exige :

- une approche globale du problème,
- une aide en bien d'équipement et non en marchandises (sauf pour la nourriture),
- un DEVELOPPEMENT ECONOMIQUE équilibré pour toutes les régions,
- une diversification de l'industrie à l'échelle mondiale débouchant sur un système économique authentiquement global,
- une politique DEMOGRAPHIQUE efficace.

Il n'est de solution possible qu'à condition de trouver la bonne combinaison entre eux, sinon on se condamnerait à l'échec."

En évoquant le problème DEMOGRAPHIE-ECONOMIE on ne peut s'empêcher de penser aux théories malthusiennes. Notre point de vue en diffère.

Par contre, il se rapprocherait plus du néo-malthusianisme selon lequel l'homme aspire à l'élévation de son niveau de vie, à son épanouissement matériel et moral. Quoi de plus naturel, en effet, que de donner aux plus démunis toutes les possibilités :

- d'arrêter à partir d'un certain seuil leur maternité,
- d'améliorer les conditions d'hygiène, de santé et d'éducation de leurs enfants,
- de disposer de plus de temps à consacrer à leurs charges abondantes,
- de se livrer à des activités culturelles, aux loisirs,
- en somme de prétendre à une vie meilleure.

La qualité de la vie n'est-elle pas sujet de préoccupation quotidienne en ce siècle ?

Mais notre opinion diffère encore de cette dernière méthode par ses applications. Nous préconiserions plutôt un néo-malthusianisme modéré ou tempéré. Nous ne serions pas pour une intervention avant le 5ème enfant alors que dès la naissance de ce dernier nous suggérerions au couple la parenté planifiée.

Cette manière de faire évitera la limitation des naissances dès le tout début du mariage qui risquerait de diminuer nettement l'accroissement de la population. Madagascar est encore peu peuplée (8 millions d'habitants pour une superficie égale à celle de la France, de la Belgique, du Luxembourg réunis ; 13 habitants au km²). Cette attitude empêchera, par contre, d'avoir des familles trop nombreuses qui sont très souvent le lot habituel des foyers de condition modeste.

En cette période où l'émancipation de la femme est irréfutable, en ce temps où l'organisation des Nations Unies a donné son plein accord pour proclamer l'année 1975 "année internationale de la femme", nous sommes persuadés que le premier geste en faveur de cette affirmation est de permettre à la multipare malgache d'arrêter ses maternités au chiffre 5, si elle le désire.

Il faut avouer que l'époque où la vocation de la femme est

exclusivement la maternité est passée. Les conquêtes féministes s'amplifient chaque jour. A plus ou moins brève échéance, la femme sera libérée de la contrainte des naissances nombreuses et rapprochées. Elle aspire à participer plus activement à la vie professionnelle, à assumer des charges sociales et des responsabilités comme l'homme.

A Madagascar :

- la participation de la campagnarde aux travaux a été acquise depuis longtemps pour raison économique, matérielle. La précédente statistique nous le prouve où 91 % des actives sont dans l'agriculture, contre 84 % des actifs.
- + mais la notion de possibilité de limiter sa fécondité n'a pas encore vue le jour chez le couple rural aux familles nombreuses.

La parenté planifiée constitue, sans aucun doute, une branche de la médecine préventive. Dans les centres urbains, actuellement, une vague d'avortements provoqués clandestins, criminels, se propage. Nous en avons rencontré quelques cas. L'interrogatoire prudent et bien conduit nous a fait savoir un cas provoqué par des herbes introduites dans les voies génitales et qui auraient les propriétés de dilater le col et d'exciter les contractions utérines. Dans un autre cas, la multipare aurait provoqué l'expulsion du fœtus par des applications chaudes sur l'hypogastre (fer à repasser, pierre chaude, avec un coussin de linges pas trop épais entre la paroi et la source de chaleur).

L'expulsion en bloc du produit de conception et l'absence de toute hémorragie nous a particulièrement frappé chez ces deux patientes. Le médecin n'a été appelé que pour terminer la manoeuvre et adjoindre le traitement nécessaire.

La totalité du fœtus et de ses annexes se trouvaient déjà dans le canal vaginal, avec quelques gros caillots. Le tableau clinique était pauvre et très rassurant :

- . l'état général très bien conservé de ces femmes nous a particulièrement frappé,
- . aucun signe de spoliation sanguine,
- . TA sub-normale,
- . pouls à peu près normal,

- . conjonctives bien colorées,
- . aucune crampe, aucune douleur du bas-ventre.

Véritables avortements "en douceur" qui, après un traitement tout à fait anodin, ayant comporté essentiellement antibiotiques, antihémorragiques, utérotoniques, ont permis aux intéressées de vaquer à leurs occupations quotidiennes en 4 - 5 jours.

Les méthodes entreprises par ces patientes ont-elles été très efficaces ? En tout cas, les citadines ont commencé depuis longtemps et par tous les moyens à essayer de se débarrasser de leur grossesse indésirée.

A part les deux procédés sus-cités, nous avons eu connaissance de beaucoup d'autres, dont :

- des infusions avec des feuilles d'un quelconque pêcher,
- des infusions à base de feuilles et de fruits de papayer,
- du rhum,
- des plantes très variées, qui sont plus nocives pour l'organisme maternel, qu'efficaces,
- du vinaigre,
- des exercices physiques violents.

Les femmes urbaines trouvent aussi dans les journaux et les magazines les méthodes utilisées par leurs soeurs des pays développés et n'hésitent pas à les essayer. Ainsi, les tentatives d'avortement à l'eau savonneuse, à l'eau de Javel, à l'eau additionnée de bleu de Prusse, à la nivaquine, à la quinine, aux comprimés de permanganate de potasse, à la sonde, aux instruments les plus divers, ont fait des échos depuis un certain temps.

Les citadines sont les plus privilégiées. Elles finissent souvent à trouver la solution à leur problème ; elles commencent l'avortement par une méthode quelconque, se font hospitaliser et laissent au médecin le soin de le parachever.

Les rurales, et donc les multipares, sont obligées de se résigner et d'accepter leur grossesse tout autant indésirée. Mais le jour viendra (s'il n'est déjà venu) où elles imiteront les citadines. La parenté planifiée seule pourrait prévenir les avortements criminels et surtout leurs complications nombreuses et meurtrières, qui, malgré la parution des sulfamides, des antibiotiques et des moyens modernes de réanimation comportent encore

une morbidité et une mortalité accrues.

Une simple liste énumérative de ces complications démontre, sinon leur gravité, du moins leur abondance. Nombre de ces complications, en effet, ont disparu dans les pays avancés alors que la plupart, sinon toutes, sont susceptibles d'être encore rencontrées à Madagascar et chez les rurales en premier. Il s'agit :

D'accidents traumatiques :

- hémorragie,
- perforation utérine,
- perforation du CDS postérieur,
- désinsertion du vagin,
- infarctus utérin,
- embolie gazeuse.

D'accidents infectieux :

- choc infectieux,
- infection ovulaire,
- rétention placentaire infectée,
- abcès utérin,
- endométrite,
- péritonites généralisées,
- pelvi-péritonites,
- annexite : salpingite, phlegmon du ligament large,
- septicémie,
- septico-pyohémie,
- thrombo-phlébite,
- embolie pulmonaire.

D'accidents toxiques :

- toxi-infection,
- insuffisance rénale aiguë,
- hépato-néphrite,
- néphrite mercurielle.

De tétanos :

Les complications tardives comportent :

- séquelles douloureuses,
- séquelles menstruelles,
- adhérence péritonéale - hydrosalpinx - dystrophie ovarienne,
- synéchies utérines,
- béance cervico-isthmique,

- stérilité définitive,
- grossesse ectopique,
- placenta praevia,
- avortement à répétition,
- accouchement prématuré,
- rupture utérine.

Enfin, citons les accidents neurologiques précoces (syncope, coma-confusion mentale...) le retentissement psychologique ultérieur, regret, sentiment de culpabilité, sans négliger l'éventualité de mortalité féminine.

La parenté planifiée fait encore partie du programme de la médecine préventive par une amélioration des conditions de santé. Cette affirmation est vraie, tant sur le plan individuel, familial que national.

Dans la famille, les soins apportés par la mère ne sont nullement pareils lorsque les enfants sont cinq ou sont douze. Il va sans dire que le premier laissera plus de temps, plus de volonté, plus de courage, plus de force à la mère pour s'en occuper que le second. Les conditions de nutrition, d'habillement, d'éducation ne sont pas les mêmes. Le résultat en est que dans le premier cas nous aurons plus de chance de récolter des enfants plus sains, plus vigoureux, mieux instruits, mieux éduqués. Dans la société moderne, où le matériel a acquis de l'importance, on ne peut espérer pouvoir élever convenablement les enfants et attendre d'eux le maximum qu'à la seule condition de ne pas en avoir trop : la qualité vaut mieux que la quantité ; les familles pas trop nombreuses sont le garant d'une population saine et rentable.

La mortalité diminue. L'espérance de vie s'améliore. Mais à quoi cela aboutirait si de nombreux couples supportent le lourd fardeau de la multiparité, ne font que partager le problème crucial de la subsistance et par conséquent accusent les altérations les plus variées de leur santé physique et psychique, source de tension permanente, d'agressivité, de disputes, caractéristiques des familles nombreuses.

Le rôle du médecin serait-il de favoriser la vie, de guérir les maladies afin de plonger l'individu dans l'insécurité, les

tourments, la malnutrition et la famine ?

Pour prévenir tout cela, certes la parenté planifiée se montre utile et efficace.

Il est du devoir du médecin d'aider les couples aux nombreux enfants à résoudre, à un moment de leur vie conjugale, ce conflit permanent entre l'amour et la fécondité, qu'ils ont acquis depuis leur mariage. Il est capital de les soustraire à cette crainte de la grossesse, à cette hantise de la maternité, sources d'angoisse périodique, débouchant sur une véritable obsession, causes fréquentes de dyspareunie et de frigidité.

Il est opportun de leur expliquer que la sexualité n'a pas pour seule fin la procréation et que celle-ci n'est pas un jeu du hasard comme ils l'ont cru depuis longtemps.

Un dicton malgache stipule : "ANJELY JAMBA KA NY MISY MITOMANY IHANY NO FANTANY" = l'ange est aveugle, il ne distribue d'enfants que dans les foyers où il en pleure ; c'est-à-dire dans les familles nombreuses.

Cet adage dénote deux états d'esprit :

- le premier, que la procréation vient de Dieu, qui déterminerait à l'avance le nombre d'enfants qu'aura un couple et que, si un foyer en a 10 ou 12, telle est la volonté de Dieu. Preuve encore de cette conviction, le nom donné à leur enfant par de nombreux parents : TOLOJANAHARY : don de Dieu.
- le second, que la multipare qui prononce souvent ces mots éprouve une lassitude certaine vis-à-vis de la maternité. Ils signifieraient "pourquoi Dieu ne donne-t-il pas d'enfants à celles qui n'en ont pas, mais toujours à moi qui n'en désire plus ?"

Certes les grossesses indésirées entraînent des répercussions multiples sur le développement des enfants. Leur mère n'a pas le temps de porter son attention sur eux, encore moins de leur prodiguer une tendresse. En somme, ils mènent une enfance malheureuse et rien d'étonnant si les délinquants se recrutent dans les familles nombreuses et pauvres.

La parenté planifiée se montre capable, dans une certaine mesure, sinon de supprimer du moins de réduire cette pauvreté,

car famille nombreuse et misère sont presque synonymes.

A partir de là, les parents pourront élever leurs enfants avec plus de courage et de résolution. Ils auront l'occasion d'apprendre qu'eux aussi ont le droit :

- de s'épanouir,
- de prendre conscience de leur dignité personnelle,
- d'affirmer leur personnalité,
- de jouir des bienfaits de la vie.

En somme, en leur proposant d'arrêter au cinquième enfant, nous ne ferons que contribuer à l'édification de leur "BONHEUR".

L'homme a maîtrisé la nature dans de très nombreux domaines. Celui de la procréation n'a pas échappé à cette maîtrise. La maternité n'est plus le résultat irrévocable de la sexualité. L'enfant n'est plus la fin obligatoire des rapports sexuels. La fécondité peut être arrêtée. Il est normal d'en faire profiter les grandes multipares.

Le bas niveau culturel du pays réclame une solution urgente. Or, on a beau construire des établissements scolaires, ces formations n'arriveront pas dans un avenir proche à contenir les millions d'enfants, actuellement en âge préscolaire. D'ailleurs, le problème s'est fait sentir âprement depuis un certain temps dans les chefs-lieux de province, et surtout dans la capitale, où les parents sont obligés, par manque de place dans les écoles publiques gratuites, d'envoyer leurs enfants, sans pouvoir payer les frais, dans les écoles libres payantes. Dans les écoles primaires, des effectifs de classe à 50 - 60 enfants sont courants !!

La formation des maîtres doit progresser dans le même sens que le taux de fréquentation scolaire.

Actuellement, le taux de scolarisation est encore peu élevé mais ne cesse de s'accroître chaque année.

Taux non ajusté d'inscription scolaire (INSRE)

- Pour le 1er degré (rapport entre l'effectif scolaire du primaire et la population de 5 - 14 ans) = 52 %
(56 % pour les garçons et 49 % pour les filles).
- Pour le 2ème degré (rapport entre l'effectif scolaire du secondaire et la population de 15 - 19 ans) = 16 %
(20 % pour les garçons et 13 % pour les filles).

Taux ajusté d'inscription scolaire

Ce taux tient compte de l'obligation scolaire qui concerne à Madagascar les enfants de 6 - 14 ans.

C'est le rapport entre les effectifs scolaires (primaire ou secondaire) de 6 - 14 ans et la population de cet âge.

Il est de 53 %

(56 % pour les garçons et 50 % pour les filles).

Pourcentage d'illétrés par sexe et par âge (1966)

La proportion des illétrés chez les 15 ans et plus est de : 61 %.

- 50 % pour le sexe masculin,

- 71 % pour le sexe féminin.

Le plus haut niveau d'étude atteint chez la population âgée de plus de 25 ans de Madagascar en 1966 se répartit comme suit :

- 52 % chez les hommes,

- 74 % chez les femmes.

32 % ont reçu un enseignement primaire :

- 42 % chez les hommes,

- 23 % chez les femmes.

4 % seulement ont atteint le niveau du secondaire, du technique et du supérieur.

AGE	POURCENTAGES d'ILLETRES		
	Hommes	Femmes	Ensemble
15 - 19 ans	37	50	44
20 - 24	45	65	56
25 - 34	48	73	62
35 - 44	51	78	65
45 - 54	54	79	66
55 - 64	57	81	68
65 et plus	69	92	80
Ensemble	50	71	61

Ces statistiques sont très démonstratives.

Récapitulons :

le pourcentage des femmes ayant reçu une instruction est très faible : 9 % seulement des femmes de plus de 15 ans, parmi lesquelles :

- 74 % ont un niveau inférieur au primaire,

- 23 % ont reçu un enseignement primaire,
- seuls 3 % ont atteint le niveau secondaire, technique ou supérieur.

Les exigences que sont le rythme de construction des écoles et la formation des maîtres pour la promotion de l'enseignement, jointes à une situation économique fragile s'avèrent incompatibles avec une expansion démographique effarante.

La parenté planifiée modérée s'annonce comme une des solutions aptes à tempérer la situation.

Auparavant, le sort de la femme était de s'occuper du foyer. Sa vocation consistait à procréer. Mais maintenant le monde a changé. Même dans certains pays où la religion ou les lois interdisaient la diffusion d'informations sur la régulation des naissances, le Gouvernement a mis en place des centres chargés d'encourager la contraception.

Des nations, dont la population était inférieure à celle de Madagascar, ont fait leur choix depuis longtemps au vu de l'explosion démographique. Il serait peut-être temps que la grande île commence par la parenté planifiée au niveau des multipares.

Aucune aide sociale, aucune allocation n'est attribuée aux familles rurales où se recrutent les foyers pauvres et pleins d'enfants. Auparavant, les impôts individuels touchant les pères de famille diminuaient au fur et à mesure que le nombre des enfants augmentaient. Cela permettait de les décharger un peu. Maintenant cet impôt est supprimé. C'est un progrès certes, mais le père aux nombreux enfants ne possède plus d'avantages sur les autres. Les lourdes charges familiales demeurent.

Comment ne pas essayer de leur en débarrasser par la parenté planifiée délibérément consentie ?

La parenté planifiée est une façon de mettre les couples multipares malgaches face à leurs responsabilités. Elle mettra en valeur le rôle actif qu'ils doivent jouer dans l'élévation de leur niveau de vie, dans leur épanouissement. Elle accroîtra

leur participation aux affaires du pays. Elle leur permettra de prendre connaissance d'un droit de plus.

Sans vouloir établir un lien de cause à effet entre la multiparité et les manifestations pathologiques, il serait, néanmoins logique de penser que chez une multipare, donc chez une femme d'un certain âge, on aura plus de chance de rencontrer des affections dont les contre-indications médicales à la gestation (c'est-à-dire les indications de la parenté planifiée), que chez une jeune femme à organisme encore peu agressé. Dans ces cas, proscrire les grossesses et donner aux malades les moyens de les éviter constituent la meilleure prévention des avortements thérapeutiques ou l'issue fatale de l'affection.

La classification de GRASSET-DALSACE-PALMER distingue :

- a) Les indications impératives et définitives, risquant de récidiver ou de s'exacerber lors d'une grossesse :
 - cancer du sein chez la femme jeune,
 - certaines tumeurs cérébrales,
 - les leucémies,
 - certains troubles de la vision,
 - certaines opérations périnéo-vaginales,
 - opérations césariennes itératives.
- b) Les indications tenant à la possibilité d'un avortement thérapeutique :
 - lésions pulmonaires suivies de lobectomie ou de pneumectomie,
 - certaines cardiopathies décompensées ou mal stabilisées,
 - l'H.T.A. permanente,
 - les toxémies récidivantes à chaque gestation,
 - certaines nephrectomisées,
 - certaines maladies nerveuses,
 - les affections psychiques.
- c) Les indications temporaires :
 - diabète instable,
 - certaines cardiopathies et néphropathies,
 - syndrome de Cushing,
 - maladie de Basedow,
 - avortements à répétition.

- d) Les indications pour affections pouvant retentir sur le fœtus :
- iso-immunisation Rh,
 - antécédent de 2 ou 3 enfants malformés,
 - certaines maladies génétiques du mode récessif.
- e) Les indications médico-sociales, dont fait partie notre étude :
- Multiparité :
Chez la grande multipare s'intriquent les indications médicales et socio-économiques :
 - . médicale car la fragilité du muscle utérin et de la filière génitale est, en soi, une contre-indication d'ordre obstétrical à la gestation, surtout si lors des derniers accouchements se sont manifestées des dystocies fonctionnelles de gravité croissante par travail de plus en plus difficile dont nous connaissons la fréquence.
 - . socio-économique parce que, famille nombreuse et difficultés matérielles forment un cercle vicieux.
 - Age de la mère : à partir de 40 ans les grossesses pathologiques triplent,
 - grossesses rapprochées,
 - fatigue de la mère.
 - Conditions socio-économiques déplorables :
Ménages désunis : le nombre élevé des enfants et les difficultés matérielles détruisent l'équilibre de la famille.

La femme malgache participe activement, certes, à la vie économique de la famille et du pays. Seulement les conditions de travail des multipares sont particulièrement alarmantes. Ces femmes ont des activités journalières singulièrement exténuantes.

Nul doute que la planification de sa parenté au niveau CINQ enfants aura pour effet de la soustraire à sa condition de "FATIGUEE CHRONIQUE".

METHODES

Toutes les méthodes ne conviennent pas dans la même mesure à tous les couples et à tous les peuples. C'est pourquoi nous avons essayé d'établir une analyse ayant pour but d'étudier l'admissibilité, l'adaptabilité de tel ou tel procédé à la multipare malgache.

Pour chaque méthode seront envisagés les 10 critères d'évaluation suivants, dont dépendent de beaucoup les indications :

- | | |
|-------------------|---------------------------|
| - coût, | - eupareunie, |
| - risque d'oubli, | - innocuité, |
| - préparation, | - efficacité, |
| - application, | - surveillance, |
| - acceptabilité, | - tolérance à long terme. |

Signalons que le coût et l'eupareunie ont été soustraits exprès du chapitre de l'acceptabilité du fait de l'importance de ces données.

1) Coût

La médecine à Madagascar est gratuite, pour la très grande majorité de la population. Or, le budget de la santé est souvent stationnaire sinon déficitaire. Un budget spécial consacré à cette fin serait donc un sacrifice de plus pour l'Etat.

On ne peut pas non plus imposer aux familles la charge financière des procédés coûteux. Il ne faut pas oublier que nous avons à faire, la plupart du temps, à des gens de condition modeste ne pouvant pas s'offrir le luxe de médicaments chers.

Il apparaît clairement que le coût entre pour une large part dans le choix et que les méthodes chères ont de fortes chances de ne pouvoir être adoptées.

2) Risque d'oubli, de perte, d'expulsion

L'oubli, en particulier, est chose prévisible vu le programme très chargé et très diversifié de la multipare malgache. Tous les jours ne sont point pareils. Elle s'occupe à la fois de la cuisine, du ménage, des enfants et participe activement aux travaux des champs et des rizières : elle se lève et se couche à des heures très irrégulières. Le surmenage physique et psychique qui l'accable chaque jour ne fait que favoriser plus encore cet oubli.

La perte est aussi à craindre si nous imaginons le désordre qui règne au foyer, désordre imputable à la multiplicité des travaux, au manque de temps, au nombre des enfants.

L'expulsion, enfin, concerne les dispositifs intra-vaginaux ou intra-utérins.

3) La préparation avant l'application compte aussi car nous venons de le voir, les travaux sont nombreux, le temps manque, la fatigue est permanente. La nécessité d'une préparation préalable devient à la longue incommode, lassante, contraignante, invite au laisser-aller, et expose aux échecs de la méthode.

4) L'application elle-même doit être prise en considération. Les facteurs intervenant dans la préparation entrent ici aussi en jeu, avec en plus :

- les précautions particulières à observer telles que des règles d'hygiène plus strictes,
- le désagrément procuré par ce geste,
- la facilité ou non de l'application,
- l'ignorance de son anatomie,
- les surveillances médicales exigées.

5) L'acceptabilité physique n'est pas à négliger non plus.

A part l'agressivité propre du produit utilisé, le facteur psycho-somatique joue un rôle prépondérant dans ce domaine. Or, nous le savons, la multipare est une "éternelle fatiguée". C'est pourquoi la plus grande attention sera portée à l'acceptabilité.

6) L'eupareunie

Cette coordonnée est un des éléments les plus importants de

l'acceptabilité. Si la méthode gêne l'un des couples, il se trouve que l'eupareunie, modifiée, incite les intéressés à abandonner le procédé essayé.

7) Innocuité

Quoi de plus naturel que de veiller à ce que la méthode ne soit pas source d'affection ? Il n'y a pas de raison, en effet, à vouloir soulager la multipare de sa lourde charge, si c'est pour lui greffer par la suite une nouvelle pathologie ou exacerber une affection préexistante, qui ne feront qu'assombrir encore son avenir.

8) Efficacité

Il faut choisir la méthode efficace pour préserver la confiance de la multipare. Il est surtout nécessaire de veiller à l'efficacité pratique qui doit tenir compte du mode de vie particulièrement mal organisé de la multipare malgache avec tout ce que cela comporte d'oubli, d'insouciance, de maladresse, d'ignorance.

9) Surveillance

La plupart des méthodes, sinon toutes, exigent des surveillances médicales répétées et prolongées, contraignantes pour la femme dont nous connaissons l'abondance des occupations et le manque de temps.

Plus encore, pour les multipares qui habitent la campagne, loin de la ville, cette exigence se fera plus sentir à cause du manque de routes, de moyens de transport. Elle devra souvent faire le trajet de 10 - 15 kms à pied. Pendant la saison humide, le problème s'annonce plus crucial encore car les routes sont impraticables, voire coupées par les inondations.

Au cas où la femme habite très loin du centre médical et que le moyen de locomotion existe, cela représente des frais de transport qu'il faut avoir présent à l'esprit lors des prescriptions et des visites de surveillance.

10) Tolérance à long terme

Chez la multipare, qui fait l'objet de notre étude, la méthode contraceptive sera envisagée jusqu'à la survenue de la ménopause, à partir de laquelle le risque de grossesse devient minime.

Il faudra donc considérer la méthode pour une période de 10 - 15 ans environ.

Pour chaque paramètre ainsi analysé nous établirons une échelle de valeur en attribuant :

- +++ quand le procédé est jugé bon, quant à son adaptabilité au couple multipare malgache,
- ++ moyen,
- + faible,
- 0 nul.

Sauf pour le critère d'efficacité que nous noterons de 1+ à 7+ selon l'échelle des efficacités établies en 1968, après de grandes statistiques américaines et anglaises, appuyées par l'I.P.P.F..

Classe	Efficacité	Taux d'Echec	Méthode	Valeur
I	Maximale	$< 1 \% \text{ AF}$	C.O.E.P. thermique dure	+++ +++
II	Très	$< 5 \% \text{ AF}$	Séquentielle continue petite dose. Stérilets Thermique ½dure	+++ ++
III	Bien	$5 < T < 10 \% \text{ AF}$	Condom Préserv. fémi. Spermic	++ ++
IV	Assez	$10 < T < 20 \% \text{ AF}$	Retrait Ogino+températ.	++
V	Peu	$20 < T < 30 \% \text{ AF}$	Ogino - seul Ovules spermic seuls	++
VI	Très peu	40 % AF	Douche vaginale	+

La combinaison raisonnée de ces divers facteurs nous permettra de choisir la méthode la mieux adaptable à la situation socio-économique et au mode de vie particulier de la multipare malgache.

METHODES PHYSIOLOGIQUES -

COITUS INTERRUPTUS

=====

Cette méthode très ancienne, pratiquée depuis le début de l'ère chrétienne, utilisée par des tribus primitives d'Afrique, employée par environ 70 % des Français selon de nombreux auteurs, est aussi très répandue dans le monde moderne.

Elle accumule de nombreux avantages dont un des non moins importants est le non-recours à des composés chimiques ou de matériel physique. Il n'est donc pas question à son sujet de posologie, d'application, de mécanisme d'action, d'effets secondaires.

1) Coût

Son prix est à la portée de toutes les bourses, accessible aux plus démunis. Plus encore, le réapprovisionnement est inutile. Une fois l'habitude acquise par le mari à qui revient la responsabilité de l'entreprise, la quantité nécessaire pour le restant de la vie est assurée.

Cette raison se révèle très séduisante pour le couple malgache nanti d'enfants aux ressources médiocres.

2) Oubli, Perte, Expulsion

Ils sont hors de question. Les nombreux enfants de la multipare, le désordre de son foyer, ses préoccupations multiples et harassantes sont d'une inefficacité totale dans la disparition ou l'omission de la technique.

Le chef de famille en est le détenteur absolu 24 heures sur 24 et 365 jours par an. Il épargne la femme de "tout effort, de toute discipline, de toute mémoire".

3) Préparation

La préparation, véritable servitude pour certains procédés, n'existe pas et ne perturbe en rien le cours de l'union sexuelle.

4) Application

Elle n'est pas connue en matière de coïtus interrompu, cette opération qui exige pour nombre de méthodes, de la part de la patiente une connaissance de son anatomie, du doigté, un minimum de propreté et d'hygiène, un local, ou nécessite l'intervention du médecin.

5) Acceptabilité

Elle est maximum tant qu'aucun échec n'a été enregistré, à partir duquel la femme se sentira moins sécurisée. Toutefois, lorsque l'homme est habitué ce risque est minime et se minimisera plus encore avec l'adjonction éventuelle d'une autre méthode.

6) Eupareunie

Elle serait bonne pour la majorité des couples, moyenne pour certains.

L'insatisfaction sexuelle des deux partenaires avec risque de baisse de l'impulsion sexuelle parfois signalée est facilement résolue : le mari devrait multiplier les gestes préparatoires ou terminaux et attendre que la femme ait effectué son orgasme avant de terminer le sien.

7) Innocuité

Un certain état de tension, de tension nerveuse, d'angoisse ont été signalés :

- chez l'homme qui doit se tenir prêt au retrait lorsqu'il sent venir l'éjaculation,
- chez la femme, dûs au moment imprévisible du retrait, à l'absence de phase de repos, d'apaisement, de bien-être physique et psychique terminaux.

Pour ces raisons le procédé est jugé désagréable par certains couples. Or, il est dit, la prévention en est simple.

Les phénomènes congestifs génito-pelviens possibles chez la femme, quoique rares, secondaires aux excitations sexuelles anormales sans aboutir à la satisfaction seraient source :
• d'hyperhémie chronique de la vulve et du vagin,

- . de gêne, de pesanteur du petit bassin,
- . de prurit vulvaire,
- . de douleurs pelviennes, de vaginisme, de dyspareunie.

8) Efficacité

La faible efficacité constitue le désavantage majeur du coïtus interruptus. Les échecs sont imputables :

- . au retrait trop tardif,
- . aux sécrétions glandulaires masculines pouvant contenir des spermatozoïdes,
- . à la répétition, sans avoir uriné et sans toilette préalable, du rapport sexuel.

Un surcroît d'attention, un large effort d'acquisition de l'habitude, une éventuelle adjonction d'une autre méthode peu onéreuse, permet de multiplier cette efficacité.

9) Surveillance médicale

Elle n'est nullement nécessaire.

10) A long terme

Serait à craindre, non pas tellement le conditionnement anormal des réflexes, mais la rare impuissance sexuelle consécutive chez l'homme ou l'exceptionnelle congestion génitale chronique avec ses conséquences douloureuses chez la femme.

Après cette analyse, nous pouvons établir les cotations ci-dessous :

- Coût : +++	- Eupareunie : ++
- Oubli : +++	- Innocuité : +++
- Préparation : +++	- Efficacité : +++
- Application : +++	- Surveillance : +++
- Acceptabilité : +++	- A long terme : +++

TOTAL = 29

A rapprocher de cette technique est le coït vulvaire qui présente les mêmes (sinon plus) inconvénients que la précédente...

COITUS RESERVATUS

=====

Le coïtus reservatus repose sur une union charnelle sans orgasme, a des points communs avec le précédent par le fait qu'il n'y a rien à avaler ou à appliquer.

1) Coût

Il est nul.

2) Oubli, perte, expulsion

Comme le coïtus interrompus, ces risques n'existent pas.

3) Préparation, application

Le procédé se passe de toutes ces contraintes.

4) Acceptabilité

Si la méthode est inoffensive, elle risque fort d'être mal accueillie par des ruraux qui n'ont reçu aucune instruction, qui auront du mal à se faire une idée de ce que signifie une maîtrise de soi, qui ne concevront pas un rapport où la jouissance et l'orgasme sont exclus.

5) Eupareunie

Le même raisonnement se pose dans l'analyse de l'eupareunie. Les couples campagnards n'admettront pas qu'un acte sexuel vaudrait la peine d'être entrepris s'il ne débouche pas à la détumescence.

6) Innocuité

Dans la mesure où le procédé est accepté (condition première) il se présente sous un jour favorable, hormis quelques cas de rétention d'urines signalés par certains auteurs, des dysuries, de la pesanteur pelvienne, des douleurs testiculaires. Des troubles psychiques pouvant aboutir à l'anéjaculation ont même été mentionnés.

7) Efficacité

Elle est moyenne, sauf si la méthode est utilisée dans la première moitié du cycle.

8) Surveillance

Elle se montre inutile.

9) A long terme

Aucun inconvénient pathologique à long terme n'est rapporté.

Il reste à savoir si le couple consent à n'user que de ce procédé.

Valeur :

- Coût : +++	- Innocuité : +++
- Oubli : +++	- Eupareunie : 0
- Préparation : +++	- Efficacité : ++
- Application : +++	- Surveillance: +++
- Acceptabilité: 0	- A long terme: +

TOTAL : 21

METHODE D'OGINO-KNAUS

=====

Ce procédé consistant en une continence périodique (pendant la phase de fertilité) voit de moins en moins de clients par suite de nombreux échecs.

1) Coût

La méthode ne coûte rien, car n'a recours ni à un composé chimique ni à un appareil.

2) Oubli, perte, expulsion

La perte et l'expulsion ne sont point mises en cause.

Le risque d'oubli est possible dans l'enregistrement des dates des règles des 12 derniers mois. Pour l'éviter, la nécessité d'inscrire immédiatement ces dates s'impose.

3) Préparation

Elle est longue et ardue.

Elle est facilement entachée d'erreurs alors que pour augmenter l'efficacité elle doit être établie avec minutie ; des causes très diverses peuvent perturber les cycles menstruels.

Elle exige de la part de la patiente un certain niveau d'instruction.

4) Application

La méthode est d'emblée inapplicable par 15 à 25 % des femmes par irrégularités des cycles.

Le calcul des jours fertiles doit être effectué par le médecin.

5) Acceptabilité

Elle serait faible pour un ménage peu instruit. En effet, des statistiques ont été établies, illustrant le fait qu'un certain niveau de culture entre en jeu dans l'obtention d'un succès valable.

L'acceptabilité est aussi limitée et pour raison l'insuffisance des jours de rapports permis, cela même chez les femmes à cycles bien réguliers.

6) Eupareunie

Elle n'est pas modifiée.

7) Innocuité

Elle est totale.

8) Efficacité

Elle est faible. Des précautions supplémentaires doivent être prises pour l'améliorer :

- à part le niveau d'instruction, elle requiert :
- les dates des règles de 12 mois au moins doivent être reproduites très scrupuleusement ce qui, pour de très nombreuses femmes, surtout les rurales malgaches, exige des vérifications, des révisions par le médecin.
- l'abstention stricte pendant les périodes fertiles.

9) Surveillance médicale

Les calculs doivent être effectués par une personne compétente et révisés chaque année par le médecin pour dépister des éventuelles modifications du fonctionnement ovarien.

10) A long terme

Si aucun effet secondaire n'est observé à long terme, par contre son efficacité médiocre fait abandonner tôt ou tard le procédé.

Valeur :

- Coût	: +++	- Innocuité	: +++
- Oubli	: ++	- Eupareunie	: ++
- Préparation	: +	- Efficacité	: +
- Application	: ++	- Surveillance:	: ++
- Acceptabilité	: +	- A long terme	: ++

TOTAL : 19

METHODE DES TEMPERATURES

=====

Dans cette méthode les rapports sont permis après installation complète de l'hyperthermie prémenstruelle.

1) Coût

Le procédé n'occasionne aucune dépense. Un thermomètre usuel et un cahier d'écolier représentent la totalité du matériel.

2) Oubli, perte, expulsion

Au début, la prise de la température au réveil, à la même heure, peut être oubliée de temps en temps jusqu'à l'acquisition de l'habitude.

3) Préparation, Application

Elles sont assez contraignantes.

La prise de température avec le même thermomètre, à la même heure, pendant deux cycles entiers consécutifs au début ; puis, après, pendant la semaine ovulatoire jusqu'au 3ème jour d'hyperthermie, exige un soin rigoureux et constitue un véritable rite. Or : la multipare malgache se couche et se lève à heures très irrégulières, variables avec les saisons, le temps, les travaux. Elle se lève souvent la nuit, ayant de nombreux enfants à s'occuper. L'établissement des courbes exige aussi un niveau d'instruction pour savoir lire le thermomètre, pour pouvoir enregistrer les températures journalières, les traitements qu'elle suit "hormonaux surtout", les indispositions, les rapports sexuels, les règles, les douleurs, les pertes blanches, le rhume, la rage de dents, l'angine, le coït matinal, tous causes d'anomalies thermiques.

4) Acceptabilité

Elle est assez bonne, mise à part la difficulté d'application chez une femme qui se lève fréquemment la nuit et à horaires très variables le matin, tel est le cas de la multipare malgache. Elle ne pourrait être employée par les femmes en lactation. Or, les mères malgaches, les multipares en particulier, allaitent

et cela de façon prolongée allant de 6 mois à 2 ans.
Les autres inconvénients que sont l'obsession du thermomètre, la présence du mari au moment de la prise de température sont de peu d'importance par rapports aux premiers.

5) Eupareunie

Elle n'est en rien modifiée.

Seuls peuvent être reprochés à cette manière, l'interdiction des rapports en phase de forte libido, la courte période de rapport permis, le non-respect de la spontanéité amoureuse.

6) Innocuité

Elle est impeccable.

7) Efficacité

La méthode dure la plus efficace et la mieux indiquée.

8) Surveillance médicale

Les courbes irrégulières et atypiques constituent les seuls cas où l'intervention du médecin est réclamée dans le but d'en éclaircir l'origine.

9) A long terme

La méthode est séduisante.

Valeur :

- Coût	: +++	- Eupareunie	: ++
- Oubli	: +++	- Innocuité	: +++
- Préparation	: +	- Efficacité	: +++++
- Application	: +	- surveillance	: +++
- Acceptabilité:	: +	- A long terme	: +++

TOTAL : 25

PRESERVATIFS MASCULINS

=====

Très utilisés dans le monde entier, les condoms, en latex parfois siliconé, retient le sperme et l'empêche de descendre dans les voies génitales féminines lors de l'éjaculation.

1) Coût

Le coût est un handicap, surtout qu'une utilisation multiple du même condom n'est pas indiquée et que, par conséquent, il en faut une quantité notable. Toutefois, les préservatifs masculins ne valent pas plus chers que les comprimés oestro-progestatifs, la méthode séquentielle, les spermicides ou les préservatifs féminins.

2) Oubli, perte, expulsion

L'oubli n'est pas tellement en question, alors que la perte serait plus fréquente à cause du désordre dans un foyer campagnard et du nombre des enfants.

L'expulsion, ou plutôt la retenue du condom dans le vagin n'est pas à négliger aussi à la faveur d'une détumescence trop rapide.

3) Préparation - Application

Elles sont un peu inconfortables, réclamant l'interruption des prémisses de l'union afin d'encapuchonner le pénis alors en érection, à moins que le couple insère ce geste dans "un jeu amoureux : la femme arme son chevalier".

4) Acceptabilité

Elle est bonne.

5) Eupareunie

Elle est satisfaisante ; si la méthode avait été mauvaise elle aurait été abandonnée depuis fort longtemps. Au contraire, son

utilisation croît chaque année dans le monde. Certain accusent cette pièce intermédiaire de diminuer l'intensité des sensations voluptueuses.

6) Innocuité

Elle est parfaite. Au contraire, elle préviendrait la transmission de la syphilis qui sévit encore, quoique en très nette régression à Madagascar, du trichomonas, du candida albicans, du staphylocoque.

7) Efficacité

Elle est bonne à condition de ne vouloir employer plusieurs fois le même condom. Les échecs sont imputables :

- au suintement du sperme entre verge et appareil,
- à la fissuration de celui-ci.

8) Surveillance

Elle est hors de question.

9) A long terme

Le procédé ne pose aucun problème.

Valeur :

- Coût	: ++	- Eupareunie	: +++
- Oubli	: ++	- Innocuité	: +++
- Préparation	: ++	- Efficacité	: ++++
- Application	: +++	- Surveillance	: +++
- Acceptabilité:	+++	- A long terme	: +++

Total : 28

PRESERVATIFS FEMININS

=====

Ces appareils faits de matières différentes dressent un barrage physique à la pénétration des spermatozoïdes dans la filière cervico-utérine. Ils comprennent les diaphragmes, capes, voûtes.

1) Coût

Le coût est un désavantage majeur surtout que l'usage simultané de spermicides est plus qu'indiqué. Le recours aux éponges en caoutchouc, aux tampons de coton, de gaze, de soie, de papier, imbibés de substances spermicides permettrait de pallier à ces dépenses, procédés qui ne procurent qu'une illusion de sécurité.

2) Oubli, perte, expulsion

L'oubli n'est pas plus à craindre que la perte dans cette famille nombreuse et désordonnée rurale.

L'expulsion et le déplacement représentent des risques, car :

- chez la multipare, le délabrement périnéal est fréquent, la vulve souvent béante, la cystocèle courante, donc le maintien du préservatif en bonne place est sujet à caution.
- de même les capes et voûtes seront difficilement adaptables au col déchiré, délabré, "amputé" des multipares.

3) Préparation

L'enseignement pratique de la femme, son apprentissage sont souvent longs et difficiles.

- on lui donne quelques notions élémentaires de son schéma corporel,
- puis elle doit apprendre à reconnaître avec l'index et le médium lubrifiés les différentes parties de son organe génital,
- ensuite, ce sont les essais de retrait et de mise en place du préservatif effectués plusieurs fois (elle doit savoir vérifier elle-même la bonne mise en place de l'appareil, qui sera vérifiée aussi par le médecin).
- la patiente essayera chez elle de porter l'obturateur pendant quelques heures pour voir s'il se maintient bien, en particu-

l'effort, lors des efforts de marche, d'évacuation, lors des rapports en prenant d'abord des précautions.

- après une semaine d'essais, lorsque la femme s'est bien habituée, elle revient voir le médecin.

C'est après l'avis de celui-ci que le port de l'appareil sera définitif.

4) Application

Le préservatif doit être enduit largement de spermicides sur les faces et les bords ; il doit être introduit le moins longtemps possible avant le rapport, dans un local discret.

L'entretien et les vérifications fréquents du bon état de l'appareil ne sont pas moins importants.

Que de rites : on voit, la préparation et l'application ne sont pas en faveur de la multipare malgache.

5) Acceptabilité

La contrainte exigée par ces manoeuvres, l'absence d'esthétique des gestes, la gêne susceptible d'être éprouvée par la patiente ou son partenaire causée par l'appareil, la phobie de se sentir appareillée, ne font que limiter son emploi.

Ces obturateurs enlèvent les sensations voluptueuses de la femme grandes au niveau du col et l'expose à la frigidité.

6) Innocuité

Elle n'est pas parfaite.

Irritation, pertes, infection, ulcération peuvent se rencontrer chez la femme. Des douleurs pelviennes, si elles ne disparaissent pas, peuvent s'exacerber.

Cependant, les dyspareunies par peur de la grossesse peuvent disparaître chez les femmes sécurisées par la méthode.

7) Eupareunie

En l'absence de gêne chez le couple, l'eupareunie est conservée, moyenne : les obturateurs, placés avant les rapports étant invisibles.

8) Efficacité

Elle est bonne (++++), chez la plupart des utilisatrices, mais comme nous avons affaire à des multipares nous lui attribuerons (+++), et ce, à condition :

- d'avoir choisi le modèle adéquat,
- de bien appliquer assez de spermicides,
- de remettre des spermicides si la 1ère application a eu lieu plus de 2 H avant le coït,
- d'avoir bien mis en place le préservatif,
- de ne l'enlever que 8 H au minimum après le rapport,
- de l'utiliser pendant tout le cycle,

Les autres précautions à observer étant :

- . la vérification obligatoire à la suite d'un accouchement ou d'un amaigrissement important,
- . la vérification de l'imperméabilité,
- . la vérification du ressort à la recherche d'une déformation ou d'une cassure,
- . ne pas employer l'appareil quelques semaines après le post-partum,

Toutes ces obligations ne feraient que décourager la multipare malgache.

9) Surveillance

Elle s'impose :

A la prescription sera pratiqué un examen gynécologique complet en vue de détecter les affections contre-indiquant la méthode et de préciser la taille et le type de préservatif à choisir.

10) A long terme

Le coût, toutes ces opérations, toutes ces précautions, ces méfaits, finiront par lasser les couples.

Valeur :

- Coût	: +	- Eupareunie	: ++
- Oubli	: ++	- Innocuité	: ++
- Préparation	: ++	- Efficacité	: +++
- Application	: ++	- Surveillance	: ++
- Acceptabilité	: ++	- A long terme	: ++

Total : 20

DISPOSITIFS INTRA-UTERINS

=====

Cette méthode s'aide de l'insertion d'un appareil, le plus souvent en polyéthylène garni de baryum, de cuivre, dans la cavité utérine, qui prévient la conception de diverses façons (pas tout à fait élucidées).

1) Coût

Il ne représente pas tellement un inconvénient étant donné que le remplacement se fait au bout de 2 ans au minimum, au bout de 3-5 ans en moyenne. Des ports ayant duré 20 ans ne sont pas rares.

De toute façon leur coût n'est pas comparable à celui des comprimés oestro-progestatifs ou des spermicides.

A défaut, il serait même possible de se fabriquer un stérilet avec du fil de nylon enroulé 20 fois autour du doigt.

2) Oubli, perte, expulsion

L'expulsion, parfois à craindre, tient de l'âge, des antécédents gravidiques de la patiente, d'une béance isthmique, d'une augmentation de volume de l'utérus, de la forme et de la grandeur de l'appareil.

Mais elle peut être amoindrie par :

- un choix judicieux (grand modèle),
- des conseils à la femme pour qu'elle porte son attention sur le fil et qu'elle apprenne à le sentir ou même à le toucher du doigt lors des toilettes, particulièrement pendant les 3 premiers mois et à la fin de chaque règles.

Ces deux règles observées, et la mise sur le marché de modèles à membranes ou avec fil de cuivre réduiraient ce risque.

Après une expulsion, le changement de modèle et la prescription d'antispasmodiques s'imposent lors d'une réinsertion.

3 et 4) Préparation - Application

Ces deux opérations ne nécessitent qu'un minimum de matériel.

Elles sont exécutées rapidement et avec facilité chez la multi-

pare où le spasme de l'isthme est rare, surtout si elles sont entreprises à la fin de la menstruation, date à laquelle le col est encore légèrement dilaté.

La préparation relève du médecin et consiste en un bilan gynécologique minutieux à la recherche d'une infection de la sphère génitale (exo-endocervicite), d'une lésion organique (néoplasique en particulier), d'une anomalie menstruelle.

La seule exigence de ces opérations consiste en de grandes précautions d'aseptie.

La femme n'a aucune manoeuvre à faire une fois l'insertion effectuée. Aucune connaissance particulière ne lui est demandée, aucune habileté, aucune méthode.

5) Acceptabilité

Elle est bonne. Les déboires possibles (rares) sont :

- une intolérance imposant le retrait,
- lors de l'insertion, les exceptionnelles syncopes, hémorragies, perforation utérine.

Par la suite :

- . les accidents algiques sont rares chez la multipare,
- . les métrorragies sont de pronostic favorable, s'estompent après un ou deux cycles, relèvent d'une thérapeutique anodine.
- . les infections sont facilement traitées et n'imposent le retrait du stérilet qu'en cas de résistance comme c'est le cas pour le réveil d'une infection utéro-tubaire latente inaperçue.
- . la cassure de l'appareil dans la cavité utérine est exceptionnelle.

6) Innocuité

Les risques de G.E.U. et de cancer utérin ne sont pas prouvés.

Les possibilités de fécondation sont intactes. Dans 90 % des cas, les femmes désirant redevenir enceintes le sont dans l'année qui suit l'ablation du stérilet.

7) Eupareunie

Elle est excellente. L'appareil, issu de la concertation et du choix du couple ne nuit aucunement au rapport sexuel au cours duquel il est oublié.

8) Efficacité

Avec les progrès constants entrepris dans ce domaine, il n'est pas utopique d'espérer que l'efficacité de cette méthode va en augmentant.

Le taux d'échecs qui était compris entre 3 et 5 % AF avec le polyéthylène seul serait passé aux alentours de 1 % avec les stérilets avec fil de cuivre. Ce taux égale celui des C.OE.P. et celui de la méthode thermique dans sa variante dure.

Mieux encore, si échec il y a, le dispositif n'a aucune action néfaste sur le développement normal à terme du fœtus.

9) Surveillance

Elle est nécessaire au bout de 6 semaines pour le contrôle de la tolérance et de la non-expulsion de l'appareil, ensuite tous les 6 mois, voire tous les ans si aucun fait nouveau n'est apparu.

Cette surveillance convient à la multipare malgache habitant loin, qui n'a pas les moyens et les possibilités de venir souvent à la consultation. Une fois le D.I.U. placé, elle rentre chez elle.

Si la route est coupée ou impraticable ou si elle n'a pas trouvé de moyen de transport le jour du contrôle, elle peut aisément reporter la date.

10) A long terme

Aucun inconvénient majeur n'a été signalé jusqu'à maintenant.

Valeur :

- Coût	: ++	- Eupareunie	: +++
- Oubli, perte, expulsion	: +++	- Innocuité	: +++
- Préparation	: +++	- Efficacité	: ++++++
- Application	: +++	- Surveillance	: ++
- Acceptabilité	: ++	- A long terme	: +++

Total : 29

METHODES CHIMIQUES -

SPERMICIDES

=====

Ces substances forment un obstacle physico-chimique, une barrière, un film, à la surface du col, empêchant la pénétration entraînant la mort ou au moins l'immobilisation irréversible des spermatozoïdes avant leur pénétration dans le canal cervical.

1) Coût

Il limite beaucoup leur utilisation chez la multipar malgache d'autant plus qu'il s'agit d'une utilisation prolongée et que l'usage concomitant de préservatif est indispensable. Le vinaigre, le jus de citron, l'huile, le beurre, la margarine pouvant faire office de spermicides, sont parfois d'un utile secours, sont d'un coût nettement abordable, mais, comme on s'y attend, sont d'une efficacité médiocre.

2) Oubli, perte, expulsion

Si l'oubli n'est pas à craindre, par contre la perte est possible et il faut veiller à ne pas laisser ces produits à la portée des enfants.

3 et 4) Préparation, application

Elles constituent un désavantage.

La présentation des comprimés et tablettes moussants et des ovules vaginaux qui fondent à la température du corps, doit convenir au climat tropical. Les préparations moussantes doivent en plus être conservées hors d'une humidité.

- le comprimé moussant doit être trempé dans l'eau jusqu'à l'apparition de bulles avant l'introduction profonde dans le vagin, 5 à 10 mn avant le rapport. Si celui-ci n'a pas eu lieu dans les 30 mn il faut introduire un 2ème comprimé.

- une crème, une pâte, un gel, un aérosol sera introduit 10 à 20 mn avant le coït avec un applicateur souvent, le plus loin possible, avec assez de produit.

Certes, il s'agit de tout un préparatif stéréotypé avec des impératifs de temps (ni trop tôt ni trop tard), de technique, de local discret, de connaissance anatomique de son corps.

Ce procédé est plus cher, plus inesthétique, plus dommageable encore, lorsque, et cela doit être souvent le cas, il est associé aux préservatifs féminins. Les deux faces et le bord du diaphragme par exemple doivent être enduits d'une quantité suffisante.

4) Acceptabilité

Il est donc plausible, au vu de ces données, que l'acceptabilité soit moindre. D'autant plus que :

- une sensation de chaleur ou de chatouillement pourrait provenir de la production de bulles par les corps moussants.
- la lubrification excessive causée par certains produits et l'odeur de certains composants incommoderaient certaines patientes.

5) Eupareunie

Elle n'est pas toujours parfaite : les substances chimiques et les appareils associés pourraient gêner l'époux.

6) Innocuité

Des phénomènes allergiques ont été mentionnés, de l'eczéma vulvaire, ainsi que des pertes blanches, des irritations, des brûlures, des démangeaisons, de la dyspareunie.

7) Efficacité

Utilisés seuls, les spermicides comportent un taux d'échecs élevé. Leur emploi commande donc le recours simultané aux moyens mécaniques en l'occurrence les préservatifs, féminins ou masculins.

8) Surveillance médicale

A la lueur de ces incidents la surveillance médicale s'avère utile.

- 9) L'emploi à long terme de cette méthode serait par conséquent quelque peu sujet à caution.

Valeur :

- Coût	: +	- Eupareunie	: ++
- Oubli	: ++	- Innocuité	: ++
- Préparation	: +	- Efficacité	: ++
- Acceptabilité	: +	- Surveillance	: ++
- Application	: +	- Long terme	: ++

Total : 17

INJECTION VAGINALE

=====

La douche vaginale tout de suite après le rapport, à l'eau chaude ou froide, pure ou additionnée de vinaigre, de désinfectant, d'astringent constitue l'essentiel de cette technique, espérant ainsi débarrasser le conduit génital du sperme fraîchement émis et immobiliser les spermatozoïdes non emportés par le liquide.

1) Coût

Certes le coût de cette méthode est faible.

2) Oubli, perte, expulsion

Ces paramètres ne sont pas mis en cause.

3) Préparation, Application

Ici se pose le problème.

Il faut un local spécial pour l'opération ce qui n'est pas souvent le cas pour le couple plein d'enfants malgache.

Il faut un minimum d'installation, et à défaut de bidet, disposer d'un bock à injection.

Il faut, que tout de suite après le coït la femme se lève, court vers son attirail.

Il faut qu'elle ait une notion assez nette de son anatomie, gage d'un bon lavage.

Il faut que celui-ci soit parfait, ce qui ne sera pas possible 10 fois sur 10, chez une multipare fatiguée par les travaux de la journée, les levers fréquents pendant la nuit à cause des enfants.

Il faut de la propreté et de l'hygiène.

4) Acceptabilité

Pour les raisons énumérées, l'acceptabilité sera faible. De plus, les produits d'addition peuvent avoir des effets secondaires sur les organes génitaux féminins.

5) Eupareunie

Elle n'est pas touchée, sauf à la fin du coït où le couple

doit se séparer ce qui ne prolonge pas l'intimité, le contact charnel, trouble le repos, la détente post-coïtale, ampute le rapport d'un temps non moins essentiel.

6) Innocuité

Elle est bonne.

7) Efficacité

Elle est très infime, surtout chez la multipare à col béant, et particulièrement au moment de l'ovulation où le col est largement ouvert ; les spermatozoïdes iraient directement dans le canal endocervical et tout lavage aussi copieux soit-il s'avèrera inopérant.

8) Surveillance

La femme peut y avoir recours par exemple à l'apparition d'une intolérance aux produits employés.

9) A long terme

Si les affections engendrées par ce procédé sont rares, par contre l'abandon se verra plus à cause de ses exigences et surtout de ses échecs.

Valeur :

- Coût	: +++	- Eupareunie	: ++
- Oubli	: +++	- Innocuité	: +++
- Préparation	: +	- Efficacité	: +
- Application	: +	- Surveillance	: ++
- Acceptabilité	: +	- A long terme	: ++

Total : 19

COMPRIMES OESTRO-PROGESTATIFS

=====

Les C.OE.P. empêchent la conception par les modifications qu'ils apportent au niveau :

- de la glaire cervicale qui devient impénétrable par les spermatozoïdes,
- des sécrétions et du comportement musculaire de l'utérus et des trompes,
- de l'endomètre qui accuse une atrophie et ne permet pas une nidation,
- de l'ovulation, (qui n'est pas toujours bloquée).

1) Coût

Il représente le handicap majeur des C.OE.P. pour les pays sous-développés comme Madagascar, surtout qu'à chaque cycle un nouvel approvisionnement est nécessaire, soit 13 étuis par an.

2) Oubli, perte

L'emploi du temps chargé de la femme, sa mauvaise organisation, sa fatigue journalière la prédisposent à la distraction et favorisent l'oubli. Or, si l'oubli d'un jour est peu grave, aboutissant souvent à une perte de sang et facilement corrigé par la prise de 2 comprimés le lendemain, celui de 2 jours peut se solder par une grossesse indésirée.

Le désordre dans la maison, la présence de nombreux enfants sont les causes possibles des pertes qui signifient une dépense de plus pour le renouvellement.

3 et 4) Préparation, Application

Elles sont très faciles car consistent simplement à avaler des comprimés, et nul doute que même les illetrées le feront facilement, seulement, celles-ci ne se retrouveront pas dans les dates lorsqu'un oubli a été commis. Il est possible qu'à cause de l'ignorance les femmes trouvent un peu superflu de prendre tous les jours une pillule sans être malade. Ainsi on peut rencontrer des difficultés pour leur faire comprendre l'importance

de la régularité dans la prise des comprimés.

5) Acceptabilité

Elle n'est pas complète. De nombreux troubles ont été signalés, dont :

- de petits saignements, ou plus rarement de vrais saignements,
- les oligoménorrhées, des hypoménorrhées, voire des aménorrhées,
- les troubles neuro-végétatifs : céphalées, rougeur de la face, vertiges,
- les modifications caractérielles,
- les troubles digestifs faits de nausées, parfois de vomissements,
- la prise de poids,
- la congestion mammaire,
- le syndrome des jambes lourdes.

6) Eupareunie

Elle est excellente car le couple n'a aucune précaution à prendre sauf celle d'avaler les comprimés tous les jours et sans oublier. Toutes les phases des rapports sexuels sont respectées sans arrêt, soit avant (comme pour le condom), soit pendant, soit après le coït (douche vaginale). De rares baisses de la libido ont été mentionnées.

7) Innocuité

Elle est moindre, à la condition que la patiente n'accuse aucune tare pathologique. Autrement les C.OE.P. peuvent engendrer ou exacerber, à des degrés divers :

- une H.T.A.,
- des accidents thrombo-emboliques,
- des accidents vasculaires cérébraux,
- des troubles hépatiques avec ictère cholestatique,
- des troubles métaboliques (diabète, prédiabète),
- des troubles cutanés,
- des mycoses vaginales, fréquentes et rebelles au traitement,
- l'asthme, l'eczéma, les migraines, l'épilepsie risqueraient d'être aggravés,
- un fibrome pré-existant peut augmenter de volume et se nécrobioser,
- des troubles du fonctionnement endocrinien des gonades,

- des possibilités d'anomalies foetales (contestées),
- l'allaitement au sein revêt une importance primordiale pour les nourrissons malgaches comme dans les autres pays sous-développés. Or, il passe un peu de produit dans le lait maternel même avec les comprimés à dosage léger. Le recul ne serait pas assez long pour affirmer l'absence de toute action néfaste de ces composés stéroïdiens chez les nouveaux-nés, d'autant plus que, à Madagascar, l'allaitement au sein dure souvent jusqu'à l'âge de 2 ans.

Nous rapportons en guise d'anecdote le cas d'une fille de 6 ans qui a pour tâche quotidienne de garder les boeufs et qui l'heure la tétée venue, court à la maison demander le sein à sa mère et cela tous les jours.

- en tout cas la gynécomastie a été déjà rencontrée chez l'enfant.
 - de plus, les C.OE.P. diminueraient la sécrétion lactée ;
 - les risques tératogènes et cancéreux sont pratiquement écartés. Le cancer serait même plus rare chez les femmes sous C.OE.P. que chez les autres femmes.
- A l'opposé, les endométrioses et les kystes fonctionnels de l'ovaire pourraient connaître des améliorations avec les C.OE.P..

8) Efficacité

La stérilisation chirurgicale mise à part, les C.OE.P. détiennent, avec la méthode thermique dure, le record de l'efficacité où l'échec est inférieur à 1 % AF, à la seule condition qu'aucun oubli n'a été commis. Le plus fort pourcentage d'échec s'observe lorsque l'omission s'étend sur 2 jours consécutifs ou lorsque la reprise est tardive. Sinon le salaire d'un oubli consiste en une perte sanguine.

9) Surveillance médicale

Vues la multiplicité et la sévérité de certains accidents possibles dûs aux C.OE.P. la surveillance médicale s'avère une nécessité absolue.

- Examen clinique complet lors de la prescription à la recherche de contre-indications :

- . prise de la T.A.,
- . pesée,
- . recherche d'anomalies de la coagulation, de varices, d'accidents phlébitiques,
- . dosage des liquides sanguins,
- . recherche de troubles hépatiques, métaboliques, cutanés,
- . recherche de fibrome utérin, de kyste ovarien,
- . dépistage minutieux d'affection maligne de l'appareil génital, des seins.

Le premier examen de contrôle obligatoire aura lieu après deux cycles de traitement et évaluera les inconvénients et effets secondaires.

Par la suite, la surveillance médicale complète sera pratiquée tous les 6 mois. Mais il faut compter le temps passé et les dépenses faites par la multipare malgache qui doit revenir souvent pour les réapprovisionnements.

10) A long terme

Les avis divergent quant à l'innocuité à long terme.

Pour une durée de 4 ans, par exemple, l'accord est presque fait sur l'absence de méfaits. Cette affirmation n'est plus valable pour une utilisation de 10 - 15 ans ; car, ne l'oublions pas, la femme malgache est multipare à un âge relativement jeune et il lui faudrait cette période pour parvenir à la ménopause.

Valeur :

- Coût : +	- Eupareunie : +++
- Oubli : ++	- Innocuité : ++
- Préparation : +++	- Efficacité : ++++++
- Application : +++	- Surveillance : ++
- Acceptabilité: ++	- A long terme : ++

Total : 26

METHODE SEQUENTIELLE

=====

Ce procédé ayant pour objet d'établir un cycle menstruel très proche de la physiologie et donc avec alternance de phases folliculaires et progestatives, s'aide des oestrogènes seuls pendant la première partie et des oestro-progestatifs pendant la seconde partie du cycle.

Il présente les mêmes caractéristiques que les C.OE.P. en matière de coût, d'oubli, de perte, de préparation et d'application.

L'acceptabilité est meilleure dans cette dernière méthode :

- les petits saignotements, les saignements se voient moins,
- les menstruations sont normales et l'aménorrhée exceptionnelle,
- la prise de poids, les troubles gastro-hépatiques, les troubles neuro-végétatifs, les modifications caractérielles sont plus rares.

Il s'avère que, lorsque, malgré la poursuite assez longue des comprimés combinés, malgré le changement des C.OE.P. par d'autres de noms différents, persistent et s'annoncent peu supportables, le passage à la méthode séquentielle est indiqué, à la condition que la prise journalière des comprimés soit devenue un véritable réflexe, car les oublis ici sont plus graves.

L'eupareunie est satisfaisante ; en particulier la libido n'est pas affectée.

L'innocuité est supérieure à celle des C.OE.P..

L'efficacité moindre représente le désavantage de cette technique. Les oublis de 2 ou 3 jours pendant la phase folliculaire et surtout le retard de 2-3 jours de la reprise de la nouvelle série sont très meurtriers. L'ovaire se remet tout de suite à fonctionner et explique les grossesses indésirées plus fréquentes.

La moins grande fréquence de ces incidents et accidents n'exigent pas, pour autant, une moins grande surveillance médicale.

Celle-ci sera conduite de la même façon qu'avec les C.OE.P..

A long terme, les mêmes questions que pour les C.OE.P. se posent.

Valeur :

- Coût : +	- Eupareunie : +++
- Oubli : ++	- Innocuité : ++
- Préparation : +++	- Efficacité : +++++
- Acceptabilité: ++	- Surveillance : ++
- Application : +++	- A long terme : ++

Total : 25

PROGESTATIF CONTINU A PETITE DOSE

MINI-PILULE - PILULE A MINI-DOSE

Son but est de rendre la glaire cervicale impénétrable par les spermatozoïdes par diminution de son abondance, de sa transparence, de sa filance, sous l'action du progestatif (chlormadinone).

Ses inconvénients sont rares, peu graves :

- allongement ou raccourcissement des cycles,
- petits saignements irréguliers.

Ses avantages sont multiples :

- la prise est facile, car se fait sans interruption. La femme n'aura plus à compter les jours. Cette méthode serait donc plus accessible à la multipare malgache peu instruite, que les C.OE.P. ou la méthode séquentielle.
- les effets secondaires rencontrés avec les C.OE.P. manquent avec ce procédé,
- l'équilibre hormonal serait moins perturbé qu'en cas de C.OE.P.,
- l'ovulation n'est pas inhibée, donc avantage à long terme,
- le coût pourrait être moins élevé à cause du dosage moindre en hormones,
- les grossesses seraient rares.

Malheureusement, des cas de mongoliens, de malformations, d'adénofibromes mammaires observés font que cette technique n'est pas entrée dans la pratique et bénéficie, pour le moment, d'une mise au point.

INHIBITION DE L'OVULATION PAR INJECTION PERIODIQUE DE PROGESTATIF =====

Cette méthode, bien qu'entachée de troubles importants des règles, répond dans une large mesure aux exigences du mode de vie paysan de la multipare malgache. Elle mérite d'être mise à l'essai.

- Le coût ne serait pas trop élevé car les injections sont très espacées,
- le risque d'oubli n'est pas grave puisque l'ovulation est lente à revénir,
- la perte est possible au cas où l'on donne en une fois les doses nécessaires pour un an, la femme les ayant alors laissées à la portée des enfants, ou c'est le domicile qui est désordonné. Le retour tardif des ovulations (6 à 9 mois) permet, cependant, de différer l'injection, même si le moyen de transport manque ou si la route est coupée.
- la multipare, une fois l'injection faite, n'aura plus à se soucier de sa protection pendant 3 mois durant. Si elle achète en une seule fois le nécessaire pour un an (4 ampoules de médroxyprogestérone acétate), elle pourra par la suite se faire piquer par l'infirmier du poste sanitaire le plus proche de son domicile.
- L'acceptabilité et l'eupareunie pourraient être perturbées par ces règles irrégulières, fréquentes et parfois prolongées. Cependant, il est possible que ces rurales, aux préoccupations très nombreuses s'écoutent peu et ne se soucient pas trop des irrégularités menstruelles, après les avoir mises au courant des éventuelles perturbations.
- L'innocuité mérite d'être étudiée par un examen médical soigneux lors des injections,
- la surveillance aura un rythme trimestriel, semestriel, voire annuel suivant les cas.

Certes, cette méthode pourrait s'appliquer à des multipares en situation bien précise. Il est possible qu'elles préfèrent ce

procédé aux C.OE.P., à la méthode des températures, aux préservatifs, aux spermicides, qui exigent : instruction, contrainte, patience, temps libre, local particulier, etc...

PROGESTATIF CONTINU A DOSE PROVOQUANT L'ANOVULATION

=====

Cette méthode basée sur le blocage des ovulations par administration continue de progestatif semblerait convenir aux pays sous-développés.

Les raisons invoquées sont :

- la possibilité de prolonger la stérilité de la période de lactation ; à l'aménorrhée du post-partum ferait alors suite l'aménorrhée par traitement continu,
- la prise quotidienne du médicament sans se soucier du calcul des dates,
- l'absence d'action sur la lactation.

Seulement, le coût limiterait l'application de ce procédé.

AUTRES METHODES

=====

Afin d'être aussi complet que possible nous avons tenu à énumérer les autres méthodes beaucoup moins courantes dont la plupart appartiennent à l'expérimentation. Certaines présentent un avenir plein de promesses. D'autres sont grevées d'inconvénients et d'effets secondaires.

1° - INHIBITION DE L'OVULATION

A côté des C.OE.P. et du progestatif retard en injection I.M. tous les 3 mois, peuvent être cités :

- des produits végétaux,
- des synthétiques non stéroïdiques,

2° - INHIBITION DE LA SPERMATOGENESE :

avec :

- la testostérone,
- les oestrogènes de synthèse,
- les progestatifs de synthèse,
- les méthodes immunologiques,
- la chaleur.

3° - PREVENTION DE LA FECONDATION

- par méthodes immunologiques.

4° - PREVENTION DE L'IMPLANTATION

- par inactivation de l'oeuf fécondé,
- par modification de l'endomètre.

5° - PROVOCATION DE L'OVULATION A DATE FIXE par le clomifène.

6° - LA PILULE MENSUELLE

7° - LA PILULE DU LENDEMAIN

8° - LA PILULE DE VINGT ANS

- METHODES CHIRURGICALES -

AVORTEMENT

=====

Ce sujet dépasse, dans une certaine mesure, le cadre de la parenté planifiée. Il ne saurait être envisagé chez la multipare malgache comme méthode de limitation des naissances et ceci pour différentes raisons :

- l'indication même de la parenté planifiée est de prévenir l'avortement,
- la législation actuellement en vigueur l'interdit,
- les complications inhérentes à cet acte se voient encore même à la suite des avortements dits bien faits.

Seuls pourraient à la rigueur justifier un avortement des cas judicieusement sélectionnés où coexistent grossesse indésirée et indications expresses d'ordre humain, d'ordre médical, d'ordre social, d'ordre eugénique (cette dernière raison est souvent dénuée de tout fondement).

,STERILISATION

=====

Comme l'avortement, la stérilisation chirurgicale ne devrait pas appartenir aux instruments habituels de la parenté planifiée que ce soit la vasectomie (chez l'homme), ou la ligature-résection des trompes (chez la femme).

- la situation démographique et économique-sociale actuelle du pays n'est pas si désastreuse au point de recourir systématiquement à cette conduite.
- la stérilisation féminine préventive à but uniquement anti-conceptionnel est rigoureusement interdite par le Conseil de l'Ordre National (France 1955).
- les ruraux malgaches n'ont pas acquis la pleine confiance dans les interventions chirurgicales.
- la méthode est irréversible : cet inconvénient est mineur chez les grandes multipares. Toutefois la vasectomie serait réversible à 50 % environ.
- le coût, les journées d'hospitalisation engagés par cette opération en limitent les indications.
- les répercussions possibles de la stérilisation sont à mettre en exergue.
- ces interventions constituent en quelque sorte une mutilation chez un individu bien portant.

La seule indication qui pourrait la faire discuter chez la femme serait la très grande multipare épuisée physiquement et psychiquement par des grossesses nombreuses avec des conditions économiques catastrophiques, après, par exemple, trois échecs des méthodes habituelles.

L'EDUCATION SEXUELLE et L'EUTHANASIE, qui pourraient venir à l'esprit lors de l'étude des programmes de planification familiale ne nous retiendront pas, car :

- le premier, pour être efficace nécessite un certain niveau d'instruction,
- son effet est lent à se manifester ; il serait donc de peu de secours pour la multipare malgache.
- le second est d'emblée éliminé et ne mérite pas d'être cité car contraire à la loi de la médecine.

- EVALUATION DES METHODES -

La récapitulation des valeurs attribuées aux méthodes à notre disposition nous permet d'établir le tableau suivant :

METHODE	Oubli Coût	Oubli perte Expul.	Prépa- ration	Appli- cation	Accep- tabi- lité	Eupareu- nie	Inno- cuité	Efficacé- cité	Sur- veil- lance	A long terme	TOTAL
DISPOSITIF INTRA-UTERIN	++	++	+++	+++	++	+++	+++	+++ +++	+++	++	29
COITUS INTERROMPUS	+++	+++	+++	+++	+++	++	+++	+++	+++	+++	29
CONDOMS	++	++	++	+++	+++	+++	+++	+++ +	+++	+++	28
COMPRIMES OESTRO-PROGESTA- TIFS	+	++	+++	+++	++	+++	++	+++ +++	++	++	26
METHODE DES TEMPERATURES	+++	+++	+	+	+	+	+++	+++ ++	+++	+++	25
METHODE SEQUENTIELLE	+	++	+++	+++	++	+++	++	+++ ++	++	++	25
COITUS RESERVATUS	+++	+++	+++	+++	0	0	+++	++	+++	+	21
PRESERVATIFS FEMININS	+	++	++	++	++	+	++	+++	++	++	20
METHODE D'OGINO-KNAUS	+++	++	+	++	+	+	+++	+	+++	++	19
SPERMICIDES	+	++	+	+	++	+	++	++	++	++	17

CHOIX DES METHODES

Après analyse des différentes méthodes, nous pouvons établir le classement suivant, pour les 10 les plus utilisées :

- 1 - Dispositif intra-utérin,
- 2 - Coïtus interrompu,
- 3 - Condoms,
- 4 - Comprimés oestro-progestatifs,
- 5 - Méthode des températures,
- 6 - Méthode séquentielle,
- 7 - Coïtus reservatus,
- 8 - Préservatifs féminins,
- 9 - Méthode d'Ogino-Knaus,
- 10 - Spermicides.

Les spermicides ne sauraient être retenus à cause :

- . du coût élevé pour une utilisation prolongée,
- . de l'application astreignante et inesthétique,
- . de l'efficacité minime qui oblige à recourir à une méthode complémentaire, donc coût plus élevé encore.

La méthode d'Ogino-Knaus est trop longue à établir, difficile à appliquer et peu efficace.

Les préservatifs féminins, en plus de leur coût élevé (surtout qu'il faut associer les spermicides) exigent une instruction, dextérité, apprentissage sérieux, vérifications fréquentes et soigneuses de l'appareil.

Le coïtus reservatus comporte comme principal inconvénient l'absence d'éjaculation et par ce fait risque fort d'être rejeté par les milieux campagnards sans instruction, qui ne voudront rien entendre de ce que veut dire une maîtrise de soi.

En fixant arbitrairement à 25 la cote du seuil d'adaptabilité des procédés à la multipare malgache il ressort que seuls sont retenus les 6 premiers.

- Or, la méthode séquentielle ne peut non plus être choisie :
- pour son coût,
 - pour l'oubli qui constitue le grand désavantage,
 - pour l'efficacité moindre que celle des C.OE.P..

En fin de compte, les 5 premiers procédés s'annoncent les plus satisfaisants. Ils rassemblent tous les avantages.

Et si l'on veut être plus restrictifs encore, il reste à notre disposition les 3 premiers : la méthode des température étant difficile à établir et ne laissant pas assez de jours de rapports permis ; les C.OE.P. ont comme défaut majeurs : le coût, les effets secondaires, les surveillances.

- O -

- APPLICATION -

POURQUOI L'OBJECTIF : CINQ ENFANTS

Vers la fin du XVII^e siècle, dans les pays actuellement développés, l'espérance de vie se situait à 25 ans. Pour maintenir stable l'effectif de la population, il fallait 6 enfants par famille complète (famille dont les 2 parents sont vivants jusqu'à ce que la mère ait 50 ans).

Actuellement, 3 enfants par famille complète suffisent pour obtenir le même effet.

Des statistiques et des études comparatives émises par différents auteurs ont démontré que les couples du Tiers Monde désirent avoir plus d'enfants que ceux des pays avancés, mais que ceux-là ne souhaitent pas avoir plus de 4 enfants et encore moins, plus de 5.

Il faut compter sur ceux qui refusent la parenté planifiée et les échecs de celle-ci pour combler la lacune créée par ceux qui ont moins de 5 enfants (stérilités primaires, secondaires par exemple) d'où la moyenne générale de 5 enfants parmi lesquels :

- 3 serviront au renouvellement, au maintien du chiffre de la population,
- 2 assureront son augmentation, alors contrôlée.

REALISATION

Le programme de parenté planifiée serait intégré dans les services de gynécologie-obstétrique des 6 Chefs-Lieux de provinces seuls ou associés aux Chefs-Lieux de Préfecture. Chaque organisme aurait une autonomie propre sous le contrôle du Service Provincial de la Santé.

La mise en oeuvre se déroulerait de la façon suivante. Après l'accouchement du 5^eme enfant, on demande au couple s'ils

veulent, à partir de ce moment, espacer ou arrêter leur procréation. Dans l'affirmative, une large information sur les différentes méthodes leur sera prodiguée en essayant toutefois de les inciter à choisir les premiers procédés de notre classement sans oublier de les mettre au courant (ceci est capital) de la possibilité d'échec pour que l'enfant indésiré issu de cet échec ne constitue pas une catastrophe. De longues conversations avec la femme et son mari auront pour but "d'informer, d'expliquer, d'éduquer, de s'enquérir (entre autres points) de :

- la situation socio-économique des intéressés,
- leur moyen de locomotion,
- leur éloignement du Centre Hospitalier,
- leur détermination,
- leur appréciation sur les méthodes,
- les difficultés qu'ils peuvent rencontrer sans oublier de "respecter leur personnalité".

1) Le Stérilet est choisi

Le taux d'expulsion serait élevé si l'insertion a lieu dans la 1ère semaine de l'accouchement. Alors qu'une insertion avant la 8ème semaine serait souvent sanctionnée de migration trans-utérine. Il faudrait donc faire revenir la femme après la 8ème semaine. En attendant, les rapports seront interdits, ou l'homme s'aidera du condom ou du retrait. L'obturateur et le spermicide sont utilisables aussi mais d'application plus malaisée.

Les appareils à moindre risque d'expulsion seront choisis d'emblée, tels : la boucle de Lippes type D, l'antigon, le Dalkon Shield, le T cuivre de Zipper, le Gravigarde.

La femme apprendra à sentir, à s'assurer de la présence de l'appareil avant les rapports et après chaque règles.

Elle reviendra après le 1er mois pour la première visite de surveillance, les autres se dérouleront tous les 6 mois ou même tous les ans.

2) L'homme est décidé à prendre l'initiative de l'opération par le coïtus interruptus. S'il n'a pas confiance en ses talents il se munira de condom au début et jusqu'à l'acquisition d'une habitude parfaite. En tout cas, il n'y a pas de raison que cette technique ne soit à la portée d'une grande majorité de maris, si

des peuples primitifs africains s'en sont toujours servi et si, actuellement, encore de très nombreux ménages y ont recours pour lesquels les oublis et les pertes ne sont pas tellement à craindre.

Par la suite, après comparaison des 2 méthodes, il optera pour le retrait ou préférera garder et user du préservatif.

Ces deux procédés, tout en étant complémentaires, peuvent s'adjoindre respectivement de spermicides. Ainsi les 2 partenaires apporteront en commun leur participation.

- 3) Les C.OE.P. conviendront aux couples assez instruits, bien résolus, bien motivés et de situation matérielle moyenne.

Sa première prescription, posera un problème du fait que la femme allaite son enfant et le post-partum entraîne une incertitude totale quant aux dates où la fécondation est possible. Le choix ira évidemment aux comprimés légers, faiblement dosés, d'autant plus que les comprimés lourds ont pratiquement disparus du marché.

Faudrait-il interrompre rapidement l'allaitement pour pouvoir commencer la contraception orale sans se soucier de la fraction qui passe dans le lait maternel ? Cette attitude ne saurait être adoptée. L'allaitement maternel revêt une trop grande importance dans ce pays où l'allaitement artificiel n'est à la portée que de quelques privilégiés.

La meilleure conduite serait de commencer systématiquement la contraception le 30ème jour sans attendre le retour des couches qui risque de survenir très tardivement chez une multipare qui allaite longtemps.

- 4) La méthode des températures concernera aussi des parents instruits ayant une vie régulière (par exemple la femme qui ne s'occupe que de son foyer et de ses enfants, refusant les précédentes méthodes).

- RETICENCES -

La première difficulté que rencontrerait une telle proposition serait d'ordre coutumier, de nature traditionnelle.

Depuis les temps jadis, les hommes enviaient et aspiraient à une famille nombreuse. Les raisons en étaient multiples parmi lesquelles l'impression d'être sécurisé. Cet état d'esprit prévalait aussi à Madagascar où la naissance était accueillie avec liesse. La naissance d'un enfant était source de bonheur, de satisfaction et s'entourait de cérémonies, de rites où tous les parents, même éloignés, étaient conviés. Quelques maximes parmi beaucoup d'autres illustrent bien cet amour pour les enfants :

- "Menaky ny aiko" : l'huile de ma vie, l'essence, la raison de ma vie, de mon existence.
- "Sombin'ny aiko" : fraction de ma vie.
- "Maty anie aho lohan'aiko" (matesa ho anao anie aho lohan'aiko) : je meurs pour toi "tête" de ma vie, chef de ma vie, source de ma vie.
- "Miteraha fito lahy fito vavy" : souhait qu'on adresse aux nouveaux mariés pour qu'ils aient sept garçons et sept filles.
- "Izay be no basy" : on est nombreux, on remplace le fusil.
- "Ny mita be tsy lanin'ny mamba" : nombreux on traverse la rivière, on éloigne les crocodiles.
- "Izay misaraka fasika, izay mitambatra vato" : on est de sable si on se sépare et de pierre si on se rassemble.
- "Akanga maro tsy vakin'amboa" : un chien ne disperse pas un attroupement de perdrix.
- "Ny fikambanana no hery" : l'union fait la force.
- "Ny maty aza hono te-ho maro" : on veut être nombreux car même les morts veulent l'être.

Des enfants nombreux étaient le témoin de la fécondité et procuraient un certain orgueil. Car la stérilité était jugée honteuse, surtout pour les femmes jugées seules responsables.

Quelques interdits superstitieux prouvent le respect de la conception : il est défendu sous peine de perdre son enfant :

- . de sauter par-dessus un ruisseau,
- . d'enjamber une hache, une corde, etc...

Des raisons d'ordre social peuvent aussi barrer le chemin à cette suggestion.

Les travaux des champs, rudes, pénibles, exigent des efforts humains considérables par manque ou insuffisance d'outils, de machines agricoles, de bêtes de trait. Tous les membres de la famille, sans distinction d'âge et de sexe apportent leur concours à la réalisation des tâches. Les enfants ne vont pas à l'école ou y vont juste pour savoir lire et écrire. "L'aide des parents est chose plus importante". Ainsi, lorsque l'effectif est élevé, lorsque tout le monde y met du sien on termine vite et bien avec moins de fatigue ; les surfaces cultivées sont plus étendues et le rendement meilleur.

Face à cela, les familles sans enfant se considèrent comme des déshéritées, et supportent cette situation avec affliction.

Les enfants, contribuant à l'augmentation de la production, sont donc considérés comme des richesses. Un couple sans enfant est estimé malheureux :

- "Mangatsia-patana" : pas de chaleur dans le foyer.

- "Tsy misy mitomany" : pas d'enfant pour crier.

Les enfants étaient un gage de sécurité. Ils constituaient une protection :

- protection physique : en cas d'agression, de vol, de calamités naturelles (nous connaissons leur fréquence dans cette partie du monde). Les enfants assurent vite et bien la réparation des dégâts et la remise en route rapide des travaux des champs.
- protection matérielle : enfants et petits-enfants vivent chez leurs parents et quand ceux-ci seront vieux ceux-là les prendront en charge.

Avant l'arrivée des sulfamides et des antibiotiques, l'obsession engendrée par l'importance de la mortalité des suites des anciennes épidémies (peste, grippe), faisait naître une attitude favorable aux enfants nombreux.

Les malgaches tenaient à avoir beaucoup d'héritiers garants de la non-jouissance du patrimoine par les autres.

Les enfants sont des dons de Dieu. Sont favorisés ceux qui en possèdent beaucoup.

Les tabous ancestraux ne constitueront pas moins des arguments de réticence.

Dans ce pays faiblement instruit, des mystères entourent trop souvent encore l'amour, l'acte sexuel, la virginité, le mariage, la grossesse, l'enfantement. Et dans cette famille typiquement patriarcale il est défendu, "contre-nature", de parler de ces sujets entre frères et soeurs, entre parents et enfants.

"Un garçon ne doit pas raconter à ses soeurs, et moins encore à ses parents, "ses conquêtes" car cela porte atteinte à la pudeur.

L'ignorance, après avoir constituée une indication de la parenté planifiée, sera un mur à vaincre pour l'exécution de ce plan, du moins pour certaines méthodes, qui exigent un minimum d'instruction. Or, les multipares malgaches sont souvent peu instruites, issues souvent de familles modestes, elles n'ont pas eu le temps et les moyens d'approfondir leurs études pour se marier tôt.

Une énumération succincte des contre-indications aux méthodes contraceptives aurait droit de cité dans le chapitre des réticences.

- 1) Les contre-indications aux C.OE.P. découlent de l'analyse de l'innocuité de cette méthode, qui sera alors évitée en cas de :
 - antécédents de thrombo-phlébite,
 - varices et autres antécédents vasculaires,
 - affections cardiaques,
 - affections hépatiques,
 - diabète et prédiabète,
 - H.T.A.,
 - fibromes,
 - chloasma,
 - asthme, eczéma, migraine, épilepsie,
 - les comprimés légers actuels n'auraient pas les inconvénients qu'engendraient les comprimés lourds sur la lactation. Cette

affirmation mérite vérification soigneuse d'autant plus qu'il passe un peu de produit dans le lait et que l'enfant malgache est nourri au sein pendant longtemps.

- 2) Les contre-indications de la méthode séquentielle sont réalisées principalement par :
 - les fibromes,
 - les ménorragies,
 - l'endométriase,
 - la dysménorrhée.
- 3) Les dispositifs intra-utérins reconnaissent comme contre-indications :
 - la grossesse,
 - l'infection utéro-annexielle,
 - les malformations utérines,
 - les métrorragies,
 - les utérus déformés par de gros fibromes.
- 4) Les préservatifs féminins ne doivent pas être mis en place sur un vagin ou un col infecté, irrité, ulcéré :
 - la cystocèle gêne leur maintien en bonne position,
 - les douleurs pelviennes ou les dyspareunies peuvent disparaître ou s'aggraver.

Des réticences d'ordre psychologiques ne manqueront pas chez la multipare malgache.

Les préservatifs tant masculins que féminins, ainsi que les produits chimiques peuvent indisposer l'un ou les deux partenaires à la fois, soit par leur absence d'esthétique, soit par le fait de l'existence d'un intermédiaire entre l'union charnelle.

En cas de coïtus interrompu, la sensation de frustration secondaire à l'insatisfaction sexuelle ou la crainte à chaque rapport motivée par la mise en doute de la capacité de son conjoint, peuvent être les raisons avancées.

Les multipares malgaches, et pour cause encore leur ignorance, concevraient mal la nécessité d'avaler un comprimé, sans défaillance tous les soirs et pendant toute l'année, alors que les rapports ne sont pas tellement fréquents.

Toutes ces réticences ne feront que favoriser le laisser-aller et prédisposer aux échecs.

Sur ce point de vue, les D.I.U. l'emportent sur les autres procédés. Une fois installé, le matériel finit par s'oublier et n'interfère en rien la vie sexuelle du couple.

Le coût représente, nous l'avons vu, un frein dans le choix des méthodes. Les C.OE.P. et les spermicides se montrent particulièrement onéreux.

Les réticences d'ordre religieux ne sont pas à sous-estimer non plus. Dès le début de son histoire, le peuple malgache croyait à l'existence d'un Tout Puissant : "ZANAHARY", qui a oeuvré à la construction du monde, qui s'occupe de la prolifération de ses créatures, dont l'Homme. Il était donc strictement interdit de détruire ce que Dieu a édifié, en particulier la conception. C'est pourquoi, si les moyens pour favoriser les grossesses ou "guérir la stérilité" ont abondé (Mpisikidy, Mpanandro, Reninjaza), par contre, les procédés pour prévenir la conception ou avorter ont manqué :

- Les Mpisikidy (sorciers) et les Mpanandro (astrologues) comptaient de nombreuses clientes qui venaient les consulter pour :
 - . se faire traiter une infertilité par des recettes, des incantations, des rites.
 - . connaître la date de naissance et le sexe de leurs enfants ainsi que leurs signes zodiaquaux et en conséquence leur trait de caractère.
- Les Reninjaza (matrones) n'étaient pas moins connues. Pendant la grossesse, elles affermissaient la paroi abdominale par des massages. Elles corrigeaient les mauvaises présentations. Eventuellement, elles préparaient des potions pour la gestante. Elles se chargeaient d'accoucher la patiente et de donner les premiers soins au nouveau-né. Elles suivaient la femme et son enfant dans le post-partum et même longtemps après. En somme les Reninjaza cumulaient les fonctions de sage-femme, de puéricultrice, d'assistante sociale, de marraine-même.

Il existait certes une ambiguïté entre cette croyance en Dieu et ces méthodes païennes des Mpisikidy.

Actuellement, si le christianisme est largement prépondérant, la religion musulmane est pratiquée dans les régions Nord et

et Nord-Ouest de l'île où est implantée une assez importante communauté comorienne musulmane. Enfin existe encore une proportion païenne notable.

Nous connaissons les opinions de ces diverses formations à l'égard de la régulation des naissances. La religion protestante tolère largement le procédé. La religion musulmane n'est pas très exigeante non plus. Le problème se poserait pour la majorité catholique. Or, les méthodes admises par l'église s'avèrent particulièrement peu accessibles aux campagnards peu instruits. Très peu nombreux seront les patients au courant de la relation religion-contraception. Dans la grande majorité des cas donc la résolution du problème incombe au médecin.

Des raisons politiques pourraient se mettre en travers de la réalisation d'un tel programme, soi-disant que l'explosion démographique ne comporte que des avantages, pour l'armée, l'agriculture, l'industrialisation, la main-d'oeuvre...

Cependant, l'accumulation de toute cette masse, à la longue sans emploi et mal nourrie peut tout aussi bien menacer l'équilibre politique et aboutir à l'éclatement ou à la dislocation de la nation. Une politique nataliste modérée telle la parenté planifiée se manifestant à l'échelon des multipares, se montre à nos yeux particulièrement logique pour enrayer une expansion démographique démesurée et en même temps peupler raisonnablement le pays :

"ON AGIT LA OU ON COMMENCE A SE LASSER DE LA GESTATION".

La législation actuelle à Madagascar ne mentionne pas la position des législateurs et des autorités vis-à-vis de la régulation des naissances, à cause de l'embarras que procure une telle prise de position. Notre étude essaie d'attirer l'attention des autorités concernées parce qu'un retard pourrait coûter plus cher.

- O -

- CONCLUSIONS -

Comme dans tous les pays sous-développés, la grande multiparité est très fréquente à Madagascar.

Cet état, pour physiologique qu'il soit, altère à la longue et de façon notable l'organisme maternel, imprimant ses effets néfastes sur la silhouette, les dents, les téguments, le périnée, la paroi abdominale, les appareils génitaux externe et interne. L'utérus, en particulier, "fatigué" est à l'origine de positions anormales sources de dystocies, de rétention placentaire, d'hémorragies de la délivrance. La rupture n'est pas moins exceptionnelle, spontanée ou provoquée.

Les affections gynécologiques les plus variées accompagnent la grande multiparité et le risque de mortalité maternelle se trouve multiplié.

Le fœtus n'est pas épargné. Des anomalies de fréquence et de gravité diverses s'observent, qu'il s'agisse de l'insertion vicieuse de l'œuf, de la grossesse gémellaire, de l'hydramnios, ou de l'excès de volume fœtal. La mort fœtale est tout aussi possible.

L'explosion démographique est très récente à Madagascar. Elle n'entraîne pas d'effet encore notable sur le chiffre de la population encore insuffisant : 7 900 000 pour 590 000 km². Le taux de natalité est élevé. Le taux de mortalité diminue beaucoup. L'espérance de vie augmente. Plus de la moitié de la population a moins de 20 ans.

Les difficultés socio-économiques se font sentir chez les familles nombreuses. Leur niveau de vie reste bas. La malnutrition, problème numéro un de tous les temps recrute de nouvelles victimes parmi les ruraux, engendre un flot d'états pathologiques. L'activité

économique essentiellement agraire du pays souffre. Le chômage gagne du terrain. Les avortements clandestins criminels font leur apparition. Il reste beaucoup à faire pour relever le niveau culturel de l'île.

Pour atténuer et remédier à ces inconvénients de la grande multiparité, pour permettre aux familles, parents comme enfants, de s'épanouir, pour aider la femme à sa "libération", pour faire prendre aux citoyens conscience de leur responsabilité, en somme, pour que chacun puisse prétendre au "Bonheur", il se montre indispensable d'intégrer la PARENTE PLANIFIEE MODERNEE dans le programme de développement du pays.

Nous voulons entendre par ces termes la proposition aux couples multipares d'une planification au chiffre d'unq de leur procréation.

Trois de ces enfants renouvelleraient l'effectif de la population, les deux autres servant à augmenter raisonnablement le chiffre des habitants.

La réalisation de ce programme aurait lieu dans les Services de Gynécologie-Obstétrique des 6 Provinces et, si besoin, des Préfectures.

Le couple sera convoqué après le 5ème accouchement, au sortir même de la maternité. Il ne fera l'objet d'aucune pression. Il sera libre de décider. Le respect de la personnalité sera le mot-clé de l'entreprise.

Une ample information lui sera fournie sans oublier de tenir compte de ses difficultés et d'insister sur les possibles échecs de chaque méthode pour ne pas le surprendre.

Une incitation ne serait pas de trop, à adopter les cinq premiers procédés de notre classification, les plus satisfaisants à notre avis.

C'est une tentative difficile que de vouloir prendre position vis-à-vis de la parenté planifiée.

D'autant plus que les autorités civiles, politiques, juridiques, religieuses ont aussi leur mot à dire et que ce sujet très grave a une emprise sur un grand nombre de domaines dont le médical, le

démographique, le social, l'économique, les us, les coutumes et le moral.

"Il n'est pas seulement de convenance personnelle, mais aussi de convenance familiale, nationale, même mondiale ou mieux cosmique." (E. HERVET)

Notre étude reflète une opinion qui appelle discussion et concertation.

- oOo -

- BIBLIOGRAPHIE -

- 1 - J. DALSACE et R. PALMER -
La contraception : problèmes biologiques et psychologiques.
Presses Universitaires de France - 1972
- 2 - E. HAVEMAN -
La régulation des naissances.
Life-Rapport International - 1967
- 3 - M. CHARTIER -
Les méthodes d'abstention périodique.
La Revue du Praticien - Tome XX, n°29 - 1970
- 4 - J. KAHN-NATHAN -
Les stérilets.
La Revue du Praticien - Tome XX, n°29 - 1970
- 5 - BLACQUE - BELAIR -
Contraception par méthodes obturantes.
La Revue du Praticien - Tome XX, n° 29 - 1970
- 6 - P. SIMON - N. GESTIN -
Conception - Méthodes orales.
La Revue du Praticien - Tome XX, n°29 - 1970
- 7 - M. VERHAEGHE et G. CREPIN -
Conception et contraception.
La Revue du Praticien - Tome XX, n°29 - 1970
- 8 - M. VERHAEGHE -
Motivations de caractère personnel, familial à une régulation
des naissances.
La Revue du Praticien - Tome XX, n°29 - 1970

- 9 - M. VERHAEGHE - P. GELLE - M. LINQUETTE - M. FONTAN -
P. GUISNET et G. CREPIN -
Appréciations des contre-indications à la grossesse.
Les indications médicales de la contraception et de la stérilisation.
La Revue du Praticien - Tome XX, N° 29 - 1970
- 10 - A. NETTER - H. ROZENBAUM -
Incidents et accidents de l'emploi prolongé des contraceptifs oraux.
La Revue du Praticien - Tome XX, n°29 - 1970
- 11 - J.N. BIRABEN -
La régulation des naissances dans le monde.
Expérience des pays anglo-saxons - Pays sous-développés.
La Revue du Praticien - Tome XX, n°29 - 1970
- 12 - J.P. CARLOTTI et J. MARCY -
Essai sur la contraception en France.
La Revue du Praticien - Tome XX, n°29 - 1970
- 13 - H. BAYLE -
La contraception masculine.
La Revue du Praticien - Tome XX, n°29 - 1970
- 14 - D. FEINERMAN -
Recherches sur la contraception et projets d'enquêtes.
La Revue du Praticien - Tome XIX, n°28 - 1969
- 15 - Roger-Henri GUERRAND -
La libre maternité 1896-1969.
Castermann - 1971
- 16 - E. HERVET - J. BARRAT -
Stérilité et contraception.
J.B. Baillière et Fils, Edt. 1968
- 17 - H. MICHEL - WOLFROMM - E. AMADO-LEVY - VALENSI - Suzanne KEPES -
André BERGE - Marc ORAISON -
Problèmes éthiques du contrôle des naissances.
Ed. Privat - 1966

- 18 - P. CHAUCHARD -
La dignité sexuelle et la folie contraceptive.
Edition du Levin.
- 19 - M. CHARTIER - O. CORDIER - P. CORDIER - M. LEDOUX -
Le couple et la limitation des naissances.
P. Lethilleux Edit. 1968
- 20 - F. BERNARD -
Limitation ou régulation des naissances.
Les Editions Ouvrières, 1966
- 21 - Anne DESMEULES -
L'avortement et le contrôle des naissances.
Aspect médico-social et légal.
Ed. Payot, 1954
- 22 - A.M. DOURLLEN-ROLLIER -
Le planning familial dans le monde.
Edit. Payot, Paris
- 23 - Mihajlo PESAROVIC - Edouard PESTEL -
Stratégie pour demain. 2ème rapport au Club de Rome.
Edit. du Seuil, 1974
- 24 - LAGROUA WEILL-HALLE -
Pour la pilule et le planning familial.
Collection Pour et Contre - Berger - Levrault.
- 25 - Paul CHAUCHARD -
Contre la pilule et le planning familial.
Collection Pour et Contre - Berger - Levrault.
- 26 - H. ROZENBAUM -
Régulation des naissances.
Encycl. Méd. Chir. Paris - 41 - 1974 - 73 8A10
- 27 - J. DALSACE et R. PALMER -
Régulation des naissances.
Encycl. Méd. Chir. Paris - 11 - 1969 - 738 A10

- 28 - E. HERVET -
Avortement clandestin - Avortement légal.
La Revue du Praticien - Tome XXIV, n° 9 - 1974
- 29 - E. HERVET -
Stérilisation tubaire complémentaire de l'avortement.
La Revue du Praticien - Tome XXIV, n° 9 - 1974
- 30 - E. HERVET -
Prophylaxie de l'avortement.
La Revue du Praticien - Tome XXIV, 1974
- 31 - J. BARRAT - Ch. ARNALSTEEN -
Complications et conséquences des avortements dits "bien faits".
La Revue du Praticien - Tome XXIV, n° 9 - 1974
- 32 - I.N.S.R.E. Madagascar -
Etude sur la population de Madagascar.
Avril 1974
- 33 - I.N.S.R.E. Madagascar -
Population de Madagascar au 1er Janvier 1971
- 34 - H. ROZENBAUM -
Cent questions sur le stérilet.
Elpé Productions - Paris
- 35 - J. LEVY - G. SOLFER -
Complications des avortements provoqués.
Encycl. Médic. Chirur. Paris - 1 - 1969 - 476 A 10
- 36 - H.G. ROBERT -
Le préjudice corporel de la maternité.
Edit. J.B. Baillière - 1971
- 37 - D. LEWIN -
Particularités de la grossesse et de l'accouchement.
Encycl. Médi. Chirur. Paris - 5 - 1965 - 49 C 10

- 38 - J.N. ANDRIAMANGA -
La tuberculose à Madagascar.
Thèse, Marseilles, 1967
- 39 - Journal Officiel de la R.M. -
Madagascar
- 40 - H. Van STRAELEN -
Avortement - La grande décision.
Edit. P. Lethielleux - 1974
- 41 - Spécial Madagascar
Jeune Afrique n° 716 - 28 Sept. 1974

- oOo -

"Par délibération de son Conseil, en date du 10 Novembre 1972, l'Université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ou mémoires. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs".

VU, le Président de Thèse,

VU, le Doyen de la Faculté,

VU, et permis d'imprimer
en référence à la délibération
du Conseil d'Université en date
du 14 Décembre 1973,

Le Président de l'Université de CAEN,

